

DE L'OCCLUSION INTESTINALE

CHEZ

LA FEMME ENCEINTE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TARTE Marie-Eugène-Paul-Marcel

né le 1^{er} Août 1894, à Épinal (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. VAUTRIN, professeur	Président.
		FRUHINSHOLZ, professeur	Juges.
		PERRIN, agrégé	
		BARTHÉLEMY, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

—
1922

DE L'OCCLUSION INTESTINALE

CHEZ

LA FEMME ENCEINTE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

TARTE Marie-Eugène-Paul-Marcel

né le 1^{er} Août 1894, à Épinal (Vosges)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. VAUTRIN, professeur	<i>Président.</i>
FRUHINSHOLZ, professeur	
PERRIN, agrégé	<i>Juges.</i>
BARTHÉLEMY, agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 41, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. T. WEISS, O ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. A. NICOLAS, ✱, I ☉ ; A. PRENANT, ✱, I ☉ ;
F. GROSS, O ✱, I ☉ ; H. CHRÉTIEN, I ☉ ; A. HERRGOTT, O ✱, I ☉.

Professeurs.

Clinique chirurgicale.....	M. T. WEISS, O ✱, I ☉.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. L. GARNIER, I ☉.
Hygiène.....	M. E. MACÉ, ✱, I ☉.
Physiologie.....	M. E. MEYER, O ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. P. SIMON, ✱, I ☉.
Histoire naturelle médicale.....	M. P. VUILLEMIN, I ☉.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O ✱, I ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	M. P. HAUSHALTER, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	M. A. VAUTRIN, ✱, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. R. FRELICH, ✱, I ☉.
Physique médicale.....	M. M. LAMBERT, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHHINSHOLZ, ✱, I ☉.
Histologie.....	M. R. COLLIN, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, ✱, I ☉.
Clinique des voies urinaires.....	M. P. ANDRÉ, ✱, I ☉.
Médecine opératoire.....	M. G. MICHEL, ✱, I ☉.

Chargés de cours complémentaires.

Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. G. MICHEL, ✱, I ☉.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Pathologie interne.....	M. L. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, I ☉, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	M. L. CAUSSADE A ☉, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. R. LALANNE, I ☉.
Clinique d'électrothérapie.....	M. N.

Agrégés en exercice

M. H. ROBERT, I ☉.	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉.	M. P. JEANDELIZE.
M. A. BINET, I ☉.	M. C. FAIRISE, A ☉.	M. L. CAUSSADE, A ☉.
M. M. PERRIN, I ☉.	M. P. MATHIEU, A ☉.	M. M. BARTHÉLEMY, ✱, A ☉.
M. G. THIRY, ✱, I ☉.	M. L. JOB, ✱, A ☉.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉ ; G. GROSS, ✱, I ☉ ; L. RICHON, ✱, I ☉ ;
S. RÉMY, I ☉ ; M. BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE, LE DOCTEUR MATHIEU

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR VAUTRIN
Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR FRUHINSHOLZ
Professeur de clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BARTHÉLEMY
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous adressons à tous nos Maîtres de la Faculté, l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercions Monsieur le Professeur Vautrin de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse. Nous nous souviendrons toujours avec reconnaissance que c'est dans son service que nous avons commencé notre instruction médicale.

Monsieur le Professeur Fruhinsholz, par son haut enseignement et par les précieux conseils qu'il nous a prodigués au cours de l'étude du présent sujet, a été pour nous un guide avisé et bienveillant. Nous lui devons d'avoir bien voulu mettre à notre disposition plusieurs ouvrages qui nous étaient indispensables pour entreprendre ce modeste travail.

Au cours de nos études nous avons pu profiter directement de l'enseignement si vivant et si profond de Monsieur le Professeur Haushalter. Ses cliniques comptent parmi le plus précieux et le plus utile de notre bagage médical.

Que Monsieur le Professeur agrégé Perrin soit assuré de notre gratitude. Comme Professeur de clinique médicale et comme Professeur de thérapeutique, il a su nous apprendre à résoudre les problèmes quotidiens de la vie médicale.

Nous remercions Monsieur le Professeur agrégé Barthélemy de son accueil toujours bienveillant et de l'aide efficace qu'il nous a apportée au cours de cette étude.

A notre excellent camarade Fourche, interne des hôpitaux, nous devons un apport précieux. Par ses fortes connaissances anatomiques, il nous a guidé dans cette partie de notre travail qui cherche une pathogénie, de cause purement mécanique, à l'affection que nous avons entrepris de traiter.

Enfin notre pensée se reporte vers ceux de nos camarades qui ont été des amis sincères et dévoués. Nous les assurons de notre fidèle amitié et nous garderons précieusement leur souvenir.

INTRODUCTION

Nous devons le sujet de cette étude à Monsieur le Professeur VAUTRIN qui publia dans « la Gynécologie » d'avril 1922, un mémoire sur l'occlusion intestinale pendant la grossesse, où sont signalés certaines dispositions anatomiques particulières et certains procédés de thérapeutique chirurgicale.

Monsieur le Professeur BARTHÉLEMY voulut bien nous mettre en relation avec Monsieur le Professeur OKINCZYC qui nous répondit avec beaucoup de bienveillance et ajoutait : « Je crois qu'il y aurait intérêt à consacrer dans votre thèse un chapitre à une étude anatomique de la disposition du colon pelvien par rapport au ligament large. La clef du problème est là.... » Par les conseils qui suivent, Monsieur le Professeur OKINCZYC a droit à notre vive gratitude.

Nous avons ensuite cherché dans la littérature médicale et nous avons trouvé, traitant du sujet, une thèse de VERGEZ (Paris 1901), et pour l'année 1902, une thèse de GAUCHERY (Paris) et un travail de CONSTANTIN Paul dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, enfin, tout près de nous, une thèse de RENAN (Paris 1922) qui signale le rôle du ligament infundibulo-pelvien.

Nous avons donc entrepris sur le conseil de nos Maîtres, d'étudier particulièrement certains détails anatomiques qui pourraient enrichir la pathogénie de l'occlu-

sion au cours de la gestation. C'est la partie nouvelle de la question, puisque les traités classiques ne mentionnent rien qui s'y rapporte. A défaut de l'observation directe du sujet lui-même de ce travail et que les circonstances ne nous ont pas procuré, ces recherches présentaient pour nous un réel intérêt.

Monsieur le Professeur LUCIEN a bien voulu nous ouvrir le laboratoire d'anatomie et nous procurer des sujets pour nos recherches.

Nous avons cru intéressant de commencer par la description des dispositions que l'on rencontre chez l'embryon, chez le fœtus puis chez l'enfant et enfin chez l'adulte. Ici malheureusement nous n'avons pas été favorisé par les circonstances et nous n'avons pas pu pratiquer d'autopsie de femme enceinte.

Par contre, une intervention pratiquée dans le service de Monsieur le Professeur VAUTRIN nous a permis de rencontrer des dispositions anatomiques voisines de celle qu'engendre la grossesse.

Nous avons donc cherché — avec l'aide qu'on nous a fournie — à classer d'abord aussi logiquement que possible des phénomènes observés depuis longtemps, et à exposer ensuite un mécanisme nouveau d'une affection fort ancienne.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques sur l'utérus gravide

Toutes les statistiques concordent à trouver le maximum de fréquence d'occlusion intestinales dues à la grossesse, à partir du huitième mois. C'est qu'à cette date l'utérus s'est élevé progressivement et a cessé d'être un organe pelvien, c'est un organe *abdominal*. De ce mouvement d'ascension pourront naître toute une suite de perturbations aussi bien anatomiques que physiologiques. Car si mécaniquement la présence de l'utérus gravide fait varier les rapports anatomiques de la cavité abdominale il en résulte aussi pour tous les organes une modification fonctionnelle, indépendamment du trouble général que la grossesse apporte à toute l'économie.

En dehors de tout état de gestation, l'utérus répond en avant à la face postérieure de la vessie, dont il est séparé par le cul de sac vesico-utérin. Chez les multipares, en dehors de la grossesse même, ce cul de sac peut être assez profond pour contenir des anses grêles.

La face postérieure répond au rectum dont elle est séparée par le cul de sac de Douglas qui est le point le plus déclivé de la cavité abdominale. Quand l'utérus est en rétroflexion, ses rapports avec le rectum devien-

nent plus intimes : ce qui éclaire déjà une partie du mécanisme de la constipation de la femme.

Enfin, le fond de l'utérus, point remarquable, ne dépasse pas de plus de trois à quatre centimètres le plan du détroit supérieur.

Chez la femme qui devient enceinte, l'utérus s'élève mais progressivement : ce qui permet aux viscères de la cavité péritonéale de s'accommoder de ce nouveau venu envahissant qui doit trouver place à côté d'eux. Cette élévation a parfois un résultat heureux : au fur et à mesure que l'utérus monte, l'anneau des hernies ombilicales peut se dilater et s'ouvrir, en même temps que l'utérus se développe. Le résultat est le même pour les hernies crurales : tout le paquet intestinal gagne la partie supérieure du ventre, si bien que par ce mécanisme la grossesse évite parfois ces mêmes accidents qu'elle provoque souvent.

Pour loger cet utérus gravide, la paroi abdominale se distend : c'est une première adaptation ; il y a du côté des articulations du bassin et aussi des parties molles une adaptation par ramollissement : malgré tout, il n'en résulte pas moins un profond bouleversement dans le *statique* de l'abdomen, puisque l'utérus, d'organe pelvien qu'il était, est devenu abdominal.

Dans les *Annales de la Société d'Obstétrique de France* (année 1911), MM. LAPOINTE et THOMAS ont pu étudier les variations de la forme de l'estomac au cours de la grossesse, grâce à la radiographie. Sans rapporter ici leurs résultats qui sont étrangers à ce travail, ils montrent néanmoins les modifications profondes qu'engendre la grossesse,

En effet, l'utérus gravide répond à la paroi abdominale par ses deux tiers supérieurs ; dans son quart inférieur, il répond à la vessie. Entre la paroi abdominale et l'utérus, il est fréquent de rencontrer des anses de l'intestin grêle. En arrière et en bas, on trouve successivement le rectum, le sacrum, le promontoire, la colonne vertébrale, le mésentère et le paquet intestinal. Le fond de l'utérus atteint le colon transverse et la grande courbure de l'estomac.

Enfin les bords de l'utérus qui à l'état non gravide ne présentent pas des rapports intéressants au sujet qui nous occupe, sont à droite en connexion avec le cœcum et le colon ascendant, à gauche avec l'S iliaque, le colon descendant et l'intestin grêle.

Si, dans ses pérégrinations, l'utérus se trouve en face d'un terrain parfaitement sain qui n'a jamais été affecté par aucun processus morbide, la grossesse suivra son cours physiologique. Mais s'il rencontre des reliquats et des séquelles de maladies antérieures, nous entrons dans le domaine de la pathologie. Point n'est besoin que ces lésions soient caractéristiques ou faciles à saisir : c'est même par leur discrétion qu'elles se cachent à nos yeux. En effet, quand on dit iléus paralytique on ne fait qu'exprimer un état pathologique sans rien préjuger de la cause première du mal.

Il ne manque pas d'observations de malades ayant succombé à l'occlusion intestinale au cours de la grossesse, et où on ne trouve absolument rien qui puisse déterminer quelle a été la cause de ces accidents. Ajoutons pourtant que le rôle du ligament ilio pelvien et la disposition du colon pelvien ont été négligés. Il vient d'être mis en lumière, et sur l'indication de notre Mai-

tre, le Professeur VAUTRIN, nous avons consacré tout un chapitre de notre pathogénie à l'anatomie de ces dispositions.

.....

Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que les causes d'accident qui peuvent survenir du fait de l'élévation de l'utérus au cours de la grossesse — ou par son volume à la fin de la gestation — en nous accordant à reconnaître que le caractère progressif de ces phénomènes les fait parfaitement supporter par l'organisme. Mais après l'accouchement, le retour à l'état normal est beaucoup plus rapide. Si l'utérus met 240 jours pour atteindre son développement total, il est, le dixième jour après l'accouchement, de retour derrière le pubis. Les modifications de la statique abdominale sont donc considérables et brusques.

Il y a effectivement des accidents d'occlusion post-partum — alors que tous devraient avoir disparu puisque la grossesse est terminée : d'où l'utilité de cette considération.

Nous n'avons écrit ce chapitre que pour montrer le caractère nettement particulier, pour individualiser les causes d'occlusion au cours de la grossesse et pour nous proposer de rejeter comme étranger au sujet toutes les causes d'occlusion qui ne participeraient pas :

De la grossesse elle-même, et plus particulièrement :

De l'ascension lente de l'utérus au cours de la gestation ;

Du retour rapide à l'état normal après l'accouchement.

N. B. — Comme dernières considérations, signalons que les grossesses successives par la répétition de ces

perturbations, amènent un état spécial qui ne peut être qualifié de pathologique, mais qui engendre pourtant ces stases intestinales, ces dislocations des viscères abdominaux qui entraînent tôt ou tard une ptose généralisée des organes.

CHAPITRE II

De la pathogénie de l'occlusion intestinale chez la femme enceinte

Nous décrirons d'abord les causes qui engendrent un dysfonctionnement du tube digestif. Ce sera la pathogénie médicale de l'occlusion.

Nous décrirons ensuite les dispositions mécaniques qui peuvent provoquer l'occlusion. Nous envisagerons successivement :

Les rapports anormaux de l'utérus sain et pathologique ;

Les séquelles des affections antérieures ;

La présence de tumeurs dans la cavité abdominale ;

Les altérations des moyens de suspension péritonéaux ;

Les corps étrangers ;

Les malformations péritonéales ;

Enfin, nous terminerons par l'étude anatomique des diverses dispositions du colon pelvien par rapport au ligament infundibulo pelvien.

A. - Causes qui relèvent du fonctionnement du tube digestif

La constipation, qui est fréquente chez la femme, s'exagère au cours de la grossesse. Dès les premiers mois, en même temps qu'apparaissent les vomissements ou les nausées, une constipation s'établit, d'un type spécial, et qui résiste plus ou moins aux laxatifs qu'on a imaginés pour la faire disparaître. A ce moment, elle est due uniquement au fait nouveau qui constitue la grossesse. Elle fait partie de cet état déficient de la première partie de la gravidité. Elle céderait peut-être dans la seconde partie de la gestation, période floride, si une nouvelle cause n'apparaissait alors : la présence de l'utérus gravide qui pèse de tout son poids sur le paquet intestinal et par le rôle de la tête du fœtus.

Les maladies antérieures exagèrent cette constipation du début : signalons l'entérite et tous ces états mal définis où interviennent aussi bien l'atrophie des muqueuses intestinales que la mauvaise étoffe elle-même du tube digestif (1).

Nous ferons aussi rentrer dans cette catégorie les phénomènes d'occlusion qui surviennent après l'accouchement et qui sont dus à une sorte de « sidération » intestinale qui peut aller jusqu'à l'iléus paralytique.

(1) Nous pouvons également comprendre dans cette classification les nerveuses qui souffrent parfois autant de neurasthénie que d'atonie intestinale.

La décompression brusque atteint la couche musculaire de l'intestin, d'où paralysie.

Il est inutile d'ajouter qu'une infection légère, latente, sans symptômes cliniques nets, favorise sensiblement ces stases fécales.

Indépendamment de l'occlusion causée par ces constipations, il peut se produire des accidents mécaniques lorsque l'arrêt des matières se limite à un segment d'intestin et que le méso permet la production d'un volvulus.

B. — Dispositions mécaniques qui peuvent provoquer l'occlusion

I. — Rapports anormaux de l'utérus sain et pathologique

a) Vices de position de l'utérus

La situation anatomique de l'utérus le met en rapport étroit avec le tube digestif : par sa face postérieure, il avoisine le rectum, par son fond il touche au grêle et à l'S iliaque. Uniquement par son poids, il peut influencer ces segments intestinaux, à plus forte raison quand il est rétroversé.

Cette disposition peut n'engendrer qu'une coprostase qui peut céder à une purgation énergique (observations) ou constituer le premier temps d'une occlusion.

Si la compression se fait sentir profondément, elle peut entraîner des phénomènes plus graves, une modi-

fication considérable dans la nutrition du segment intestinal atteint, avec gangrène et perforation possibles.

Cette sorte d'occlusion offre donc comme particularité sa constitution en deux temps. Au premier temps, elle est curable. Il est probable qu'au second temps interviennent des considérations d'ordre physiologique qui en font une occlusion d'autant plus dangereuse qu'elle ne relève pas, comme une bride, d'un traitement chirurgical, nettement et immédiatement curatif.

Indépendamment de la rétroversion, l'utérus peut présenter d'autres variétés de position. Normalement, il regarde à droite dans son mouvement de torsion physiologique. Quand cette disposition est accentuée, elle peut constituer une raison suffisante pour déterminer une compression, comme dans les cas précédents de rétroversion, quoique le plan osseux du sacrum soit particulièrement favorable en cas de bascule en arrière. Mais la latéroversion peut déterminer également des volvulus. C'est le cas d'une observation de GOTTSCHALK dans laquelle à l'autopsie, on trouva un utérus fortement disloqué vers la droite. « Le côté gauche de l'utérus était refoulé contre la paroi abdominale et les annexes de ce côté étaient situées sur la ligne médiane. » Il y avait un volvulus de l'S iliaque et la coudure se trouvait à l'endroit où l'S iliaque se continue avec le rectum.

En résumé, les déplacements de l'utérus peuvent être cause d'occlusion par deux mécanismes : la compression d'une part, le volvulus de l'autre.

b) *L'utérus est un utérus pathologique*

C'est la fibromatose ou la myomatose qui interviennent le plus fréquemment. Elles agissent ordinairement

par le mécanisme de la compression intestinale, tout comme l'utérus en rétroversion. C'est le cas de notre observation XXII. A l'autopsie, il fut découvert un S iliaque comprimé contre la paroi du bassin. La tumeur y adhérait faiblement, mais c'était un fibrome de 6 kg. 500.

Il faut particulièrement se méfier de cette pathogénie chez les primipares âgées, souvent atteintes de fibromatose.

Signalons enfin certaines formes de fibromes pédiculés et sous-péritonéaux qui sont particulièrement redoutables, d'abord en tant que tumeurs et aussi par le fait de leur pédiculation.

Mais au point de vue pathogénie générale, se pose ici un problème important. Une tumeur seule est-elle capable de produire de ces compressions larges qui amènent l'occlusion. Le Professeur GILBERT écrit : « Mettez l'intestin en contact avec une tumeur, il échappera longtemps à la compression s'il n'est pas emprisonné physiologiquement ou fixé par des adhérences pathologiques. Privez-le de la mobilité nécessaire au fonctionnement régulier du péristaltisme, en l'attachant à un point fixe, vous le verrez, impatient de sa captivité, se contracter, se tordre : de là le ralentissement des matières et finalement l'occlusion. »

Il est probable qu'il faut faire ici encore la part d'une atteinte péritonéale si légère soit-elle, pour expliquer les accidents dus à la compression. Le péritoine est tel physiologiquement que le glissement des viscères qui en sont revêtus doit s'effectuer normalement.

II. — Séquelles d'affections anciennes

Toutes les affections péritonéales autres que les affections aiguës, et ordinairement mortelles, guérissent plus ou moins avec des séquelles qui pourront un jour ou l'autre devenir des causes d'accidents. Il faut en effet que le péritoine ne soit intéressé que par une infection de moyenne gravité et l'atteinte se mesure aux lésions qui persistent.

C'est la *péritonite tuberculeuse* que l'on trouve fréquemment dans le passé de ces malades. Les antécédents ne permettent pas toujours de la mettre en lumière. Vient ensuite la *pelvi-péritonite* due à l'infection des annexes : elle s'accompagne ordinairement à son éclosion d'une symptomatologie qui est suffisamment bruyante pour rester dans le souvenir de celles qui en sont atteintes. Mentionnons encore l'*appendicite* et la *périappendicite* et toute la série des rapports inflammatoires qui existent entre l'ovaire et l'appendice d'une part, l'appendice et la vésicule d'autre part. Quelquefois enfin on trouve, dû à la *syphilis*, un empâtement ganglionnaire.

Nous envisagerons trois formes principales de lésions consécutives à ces maladies — et par ordre de gravité.

Nous décrirons d'abord les *masses caséeuses* qui sont la localisation d'une péritonite circonscrite. Elles sont séparées du reste de la séreuse par des adhérences qui les isolent. Elles sont souvent fort bien tolérées ; mais surviennent un fléchissement de l'état général, un traumatisme, une constipation négligée, le processus patho-

logique qui n'était qu'endormi peut se réveiller. Bien plus encore que les influences précitées, la grossesse a sur elles une fâcheuse répercussion.

Il en est de même des *brides*. On en décrit de pariétales, de pariéto-viscérales. Certaines sont enroulées tout en faisant partie de la paroi ; d'autres enfin constituent de véritables anneaux. L'épiploon lui-même peut être intéressé. La littérature médicale est riche en observations qui reconnaissent cette pathogénie.

Enfin, quand le péritoine est touché plus légèrement encore, et que l'infection n'aboutit qu'à un dépoli de la séreuse, il n'en résulte que des adhérences au niveau des divers segments de l'intestin. Elles peuvent être la cause d'une occlusion par coudure, tout comme si celle-ci était provoquée par compression et sténose dans le cas de plastrons péritonéaux — et par étranglement interne dans le cas de brides intestinales.

Il est inutile de rappeler le rôle de la grossesse dans le réveil de ces affections, surtout quand il s'agit de tuberculose bacillaire : on ne redoute que trop justement l'influence de la grossesse chez les tuberculeuses. Mais il est bon de noter que, après l'accouchement, le mécanisme de ces différentes lésions peut intervenir. Les adhérences seront parfois si considérables et si fortes, qu'au retour brusque de l'utérus à la normale, il peut se produire des arrachements, ou du sphacèle qui entraîne la péritonite. Egalement, des brides qui auraient été évitées par l'utérus dans son ascension peuvent servir de causes d'étranglement pendant le post-partum.

Enfin, il est une dernière cause relevant du même mécanisme, mais qui peut être observée à la suite d'interventions chirurgicales. C'est le cas d'une malade du Pro-

fesseur FLOCHIER, opérée d'un kyste de l'ovaire, quelques mois avant le début des accidents d'occlusion. On trouva à l'autopsie de la malade des adhérences intestinales à l'incision de la laparotomie.

III. — Présences de tumeurs étrangères à la cavité abdominale

Ce sont principalement :

- a) Les grossesses ectopiques ;
- b) Les tumeurs de l'ovaire.

Nous ne mentionnerons que ces causes qui sont le plus fréquentes et dont nous avons des observations. Le mécanisme de l'occlusion est sensiblement le même que pour les tumeurs de l'utérus, à cette différence qu'elles ont une autre localisation. Elles agissent, elles aussi, par la compression large avec le concours fréquent d'une péritonite partielle.

IV. — Altération des moyens de suspension péritonéaux

Il faut envisager d'abord le péritoine qui n'a pas subi son évolution normale : il est resté ce qu'il est chez l'enfant, c'est-à-dire qu'il se prêterait à l'invagination, comme dans les premières années de la vie.

Mais c'est surtout chez les ptosées qu'il deviendra une cause pathologique et en particulier de volvulus. Les considérations anatomiques sur les accollements de mésos

peuvent s'appliquer ici. Les multipares tout particulièrement présentent une dislocation des viscères et une atonie intestinale portée au plus haut degré.

V. — Occlusion produite par corps étrangers et spasme

La grossesse et la lithiasé biliaire vont souvent de pair. Il peut survenir soit pendant la gestation, soit plutôt après l'accouchement, l'évacuation d'un gros calcul qui agira comme un corps étranger.

Les masses fécales elles-mêmes, quand elles sont créées sous forme de cybales, peuvent provoquer les mêmes accidents et amener l'occlusion par le même mécanisme.

VI. — Malformations péritonéales

Elles peuvent présenter de nombreuses modalités. Il est impossible d'en présenter une classification puisqu'elles sont dues à des causes ordinairement inconnues, comme la plupart des malformations. Signalons pourtant deux de nos observations où, dans les deux cas, le mésentère présentait une disposition anatomique qui fut la cause de l'occlusion. Dans la première, il se séparait de la colonne vertébrale et faisait au-dessus d'elle un pont où était étranglé le côlon transverse. Dans la seconde, il y avait un orifice où s'était engagé un segment du grêle,

VII. — Dispositions anatomiques particulières

Nous avons dû, pour présenter cette disposition anatomique, retracer rapidement l'embryologie du ligament ilio-pelvien, et celle du côlon pelvien. Nous avons entrepris l'examen du fœtus. Mais nous n'avons pas eu l'occasion d'examiner cette disposition sur une femme gravide ; il est heureux que nous ayons eu l'occasion de faire des constatations intéressant le sujet au cours d'une intervention chirurgicale.

1° *Le ligament diaphragmatique. Son évolution chez l'embryon, le fœtus, le nouveau-né*

Chez le jeune embryon, au moment de la formation de l'ovaire aux dépens de la partie médiale du corps de Wolff, un faisceau de fibres lisses sous-péritonéales unit l'extrémité supérieure du corps de Wolff à la face abdominale du diaphragme. Ces trousseaux fibreux soulèvent le péritoine pariétal en formant un repli que KOLLIKER a nommé « ligament diaphragmatique ».

Un peu plus tard, quand l'ovaire et le canal de Müller quittent la région lombo-iliaque pour entrer dans le bassin, les fibres lisses du ligament diaphragmatique se dispersent à la fois sur le pôle supérieur de l'ovaire et sur l'extrémité supérieure du canal de Müller.

Les vaisseaux qu'on appellera plus tard utéro-ovariens naissent de la région lombaire près de la ligne médiane : pour se rendre à l'ovaire et au canal de Müller, ils suivent un trajet transversal jusqu'à la racine du méso de l'ovaire.

Ultérieurement, les organes génitaux évoluant vers leur type définitif, on voit apparaître un ligament large secondaire ; l'extrémité supérieure du ligament diaphragmatique reste en place : elle est attachée sur le plateau de l'excavation pelvienne, avec le ligament rond elle amarre comme une corde l'angle de l'utérus.

Chez le *fœtus*, les vaisseaux tubo-ovariens ont été déplacés par la migration intra-pelvienne de la trompe et de l'ovaire. Ils vont maintenant en direction presque longitudinale depuis la 2^e ou la 3^e lombaire jusqu'aux annexes. Entourés de fibres lisses, ils constituent un cordon qui soulève le péritoine de la fosse iliaque en arrière du ligament diaphragmatique, puis le péritoine de la face postérieure du ligament large.

Chez le *fœtus* et chez l'*enfant*, les restes du ligament diaphragmatique forment un pli bien apparent au devant du cordon vasculaire ; c'est une sorte de ligament ilio-pelvien et tubaire dont la direction se rapproche de la transversale. C'est lui qu'on a nommé le ligament infundibulo pelvien.

En réalité, les vaisseaux utéro-ovariens sont pédiculisés aux dépens du péritoine pariétal et de la séreuse médiale du ligament diaphragmatique.

Chez l'*adulte*, la ligne de faite de la paroi postérieure du ligament large n'est plus marquée par le ligament diaphragmatique tendu entre l'ovaire et la paroi. Le ligament diaphragmatique du *fœtus* a disparu, mais les faisceaux de fibres lisses provenant de ce ligament accompagnant les vaisseaux tubo-ovariens ; ceux-ci soulèvent le péritoine pariétal en formant un repli toujours bien accusé. Ce repli n'est autre que le ligament infundibulo pelvien définitif.

En résumé, le ligament infundibulo pelvien passe par deux stades successifs au cours de son évolution :

a) A l'origine, le ligament diaphragmatique de direction transversale fixe les organes génitaux primitifs à la paroi abdominale postérieure ;

b) Plus tard, il entre en connexion avec les vaisseaux tubo-ovariens ; les organes génitaux descendant vers le bassin, c'est à ce moment qu'apparaît le ligament infundibulo pelvien de direction légèrement oblique : il est formé par un repli péritonéal soulevé au niveau du ligament diaphragmatique par les vaisseaux qui se rendent de la région lombaire aux organes génitaux.

2° Modes de fixation du côlon sigmoïdien

En même temps, des modifications importantes se produisent du côté de l'intestin terminal.

Le côlon terminal, attaché d'abord au voisinage de la ligne médiane, par le mésentère commun, bascule et s'applique sur l'extrémité latérale de la paroi abdominale postérieure. Son mésentère s'accole à la paroi de dehors en dedans et de haut en bas, puis se fusionne avec le péritoine pariétal primitif : ce côlon ilio-pelvien, cependant, reste entièrement libre. Chez le fœtus, son méso s'attache à la paroi suivant un angle droit.

Le côté vertical de cet angle est formé par la racine primitive du méso-côlon-ilio pelvien qui s'attache au voisinage de la ligne médiane.

Le côté transversal de l'angle est constitué par la racine secondaire du méso-côlon-ilio pelvien ; cette racine secondaire marque la limite d'accolement du méso-côlon descendant.

.....

Il nous faut alors savoir quels rapports la racine secondaire du méso-côlon pelvien contracte avec le ligament infundibulo pelvien.

D'après FREDET, cette racine, chez l'adulte, « part du sommet de la racine primaire, se porte en bas, en avant et à gauche, vers le bord de l'intestin ; elle atteint ce bord ou en reste éloignée suivant que le côlon iliaque est sessile ou attaché à un méso ».

Au cours de ce trajet, « elle croise l'uretère et les vaisseaux spermatiques (ou ovariens) » parallèlement à la direction des vaisseaux iliaques communs et externes, tantôt au-dessus d'eux sur la fosse iliaque, tantôt au-dessous d'eux sur la paroi pelvienne latérale.

Puis elle passe au-devant du psoas et se confond avec l'insertion pariétale du mésocolon iliaque.

En croisant la face antérieure du psoas, la racine transverse du méso-côlon pelvien s'applique directement sur la gaine des vaisseaux ovariens : c'est en ce point que cette gaine constitue la partie supérieure ou infundibulaire du ligament infundibulo pelvien.

Les traités classiques d'anatomie sont muets sur les rapports qui peuvent exister entre le ligament infundibulo pelvien et l'anse sigmoïde du côlon.

Pour les préciser, nous avons examiné 40 fœtus, 3 nouveau-nés et 2 sujets adultes. Nous résumons brièvement nos observations :

Chez 12 fœtus de 16 à 22 cm., les annexes sont dans la région iliaque. Le côlon pelvien est très mobile : en le relevant, on découvre le recessus intersigmoïde. La racine secondaire, qui forme le bord externe de ce recessus, a une direction rectiligne et transversale. Elle est située de $1/2$ à 1 cm. $1/2$ au-dessus de la crête iliaque.

Elle croise, transversalement au devant du psoas, le repli péritonéal très accusé qui est soulevé par les vaisseaux ovariens.

Plus tard, chez 20 fœtus de 22 à 30 cm., le côlon ilio-pelvien est moins mobile : la racine transverse du méso-côlon pelvien est toujours rectiligne. Dans 16 cas, elle se trouve à la hauteur de la crête iliaque ; elle croise à angle droit sur la face antérieure du psoas la gaine de l'artère ovarienne.

Au cours de l'évolution ultérieure, on voit se former dans le fond du recessus sigmoïdien la fossette sigmoïdienne proprement dite, l'infundibulum ; à ce moment, chez 5 fœtus de 30 à 40 cm., la racine secondaire du méso-côlon pelvien n'est plus transversale. Elle est oblique en bas et en dehors, jusqu'au niveau du ligament infundibulo pelvien ; au delà de ce repli, elle est transversale ou bien oblique en haut et en dehors. L'infundibulum est limité en dedans par la racine primaire, verticale du méso-côlon, et en dehors par le repli infundibulo pelvien.

Cette particularité ne fait que s'accroître chez 3 fœtus à terme et chez 2 nouveau-nés ; les annexes descendent vers le petit bassin ; l'infundibulum devient plus profond ; l'extrémité infundibulaire du ligament plus apparente forme un repli falciforme très accusé.

Tout se passe comme si le ligament infundibulo pelvien, pendant la descente des organes génitaux, avait attiré vers le bas la portion contiguë de la racine secondaire du méso-côlon pelvien. Il se forme à ce niveau un repli falciforme qui diminue la longueur en ce point du méso-côlon pelvien.

L'existence chez le nouveau-né d'une semblable bride

en rapport avec le côlon pelvien et de son méso est un fait important à noter. Mais chez l'enfant, il n'existe entre le ligament infundibulo-pelvien et le côlon que des rapports de voisinage ; en effet, à cet âge, le méso-côlon pelvien est très mobile car l'anse intestinale qui s'y insère est longue et la racine secondaire du méso est attachée relativement haut.

Il résulte des recherches de SCHIEFFERDÉCKER, de VON SAMSON et de DUVAL que, chez l'adulte, la racine secondaire prend pied sur la fosse iliaque et qu'elle tend à s'abaisser encore avec l'âge. MOYNIAU aurait constaté qu'à 50 ans, chez 30 % des sujets, la racine secondaire s'abaisse dans la cavité pelvienne et que le côlon se fixe à la paroi gauche du bassin. De plus, le côlon tend à réduire sa longueur.

Avec l'âge, par conséquent, la hauteur du méso-côlon pelvien diminue par suite de l'abaissement de la racine secondaire et de la réduction de la longueur du côlon : le méso sigmoïde a donc tendance à limiter de plus en plus les mouvements de l'intestin et le côlon sigmoïde peut se trouver appliqué étroitement au-devant du ligament infundibulo-pelvien.

Dans les conditions normales, le repli infundibulo-pelvien qui court à peu près verticalement de haut en bas ne menace en aucune manière le côlon sigmoïde mobile ou fixé au-devant de lui.

Mais au cours de la grossesse, que va-t-il se passer ?

Par suite du mouvement ascensionnel de l'utérus, les ligaments larges subissent des modifications importantes : ils sont fortement tirillés de bas en haut et de dehors en dedans de telle sorte que leur bord supérieur au lieu d'être horizontal prend une direction très incli-

née, presque verticale. Les ovaires et les trompes subissent des déplacements successifs et montent avec l'utérus. Le pédicule ovarien est ainsi progressivement attiré vers le haut : l'extrémité inférieure du ligament infundibulo pelvien change complètement de direction pour monter vers les annexes.

Dans son ensemble il forme une vaste boucle à concavité supérieure qui embrasse le méso-côlon pelvien et l'anse sigmoïde.

L'utérus augmentant de volume refoule en haut les anses intestinales libres.

Supposons que le colon pelvien ait peu évolué, qu'il ait gardé toute sa mobilité : il se laissera déplacer vers le haut échappant ainsi à la sangle du repli infundibulo pelvien.

Si au contraire, il a évolué vers le type adulte, l'anse sigmoïde sera fixée, attachée de près à la paroi : à un moment donné elle se trouvera prise dans la boucle du ligament infundibulo pelvien, d'abord comprimée, puis étranglée.

Cette hypothèse, fondée sur des faits anatomiques précis, est rationnelle. Mais est-ce bien par ce procédé que se produisent certaines occlusions de la grossesse ?

Nous n'avons pu autopsier de femme enceinte, et moins encore de femme ayant présenté d'occlusion au cours de la grossesse.

Mais nous avons eu la bonne fortune d'assister dans le service de M. le Professeur VAUTRIN à l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche pratiquée par M. le Professeur agrégé BARTHÉLEMY.

Ce kyste avait évolué vers l'abdomen, il était très volumineux et pesait environ 10 kgr. Au cours du développement, il avait provoqué une constipation opi-

nière malgré les médicaments absorbés par la malade.

Anatomiquement était donc réalisé un mécanisme semblable à celui de la grossesse qui provoque la constipation d'une part et qui détruit les rapports des viscères abdominaux. C'est pourquoi cette observation a tant de prix.

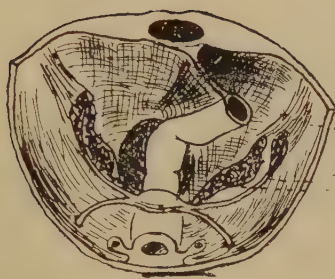
Or, au cours de l'intervention, nous avons pu voir le pédicule ovarien formé par une anse à concavité supérieure, embrassant le colon pelvien dans une courbure très accusée. Cependant le colon pelvien était assez mobile, son méso attaché haut avait une longueur d'au moins 5 cm : la malade aurait fait de l'occlusion si l'évolution du colon pelvien avait été plus complète.

.....

De ces considérations, il ressort que ce mode d'occlusion au cours de la grossesse peut être déterminé par le ligament infundibulo pelvien adhérent au méso sigmoïde, ainsi que l'a fait remarquer pour la première fois M. le Professeur OKINCZYC au cours de la réunion de la Société de chirurgie, le 22 février 1922.

Il est permis de considérer cette occlusion comme résultant d'une condure de l'anse sigmoïde au niveau du repli saillant formé par le ligament infundibulo pelvien. Pour compléter l'effet oblitérant de l'angulation sur la lumière intestinale, il suffit pour M. le Professeur VAUTRIN « d'un léger degré de torsion sur l'axe, d'une compression modérée, d'une accumulation stercovale, etc.... »

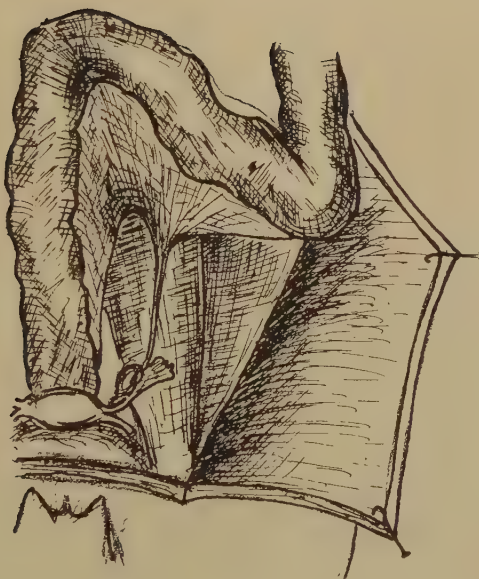
Enfin la disposition du ligament infundibulo pelvien que nous avons observée au cours de l'extirpation d'un kyste de l'ovaire nous permet de supposer que dans certains cas il pouvait se produire un véritable étranglement par bride.



A. - Ligament diaphragmatique,

B. - Trompe

C. - Ovaire



CHAPITRE III

Symptomatologie

Pour l'étude des symptômes, nous ne manquerons pas d'imiter les classiques qui décrivent une forme chronique d'occlusion intestinale et une forme aiguë : cette division étant fondée sur l'observation.

L'occlusion chronique reconnaîtra comme pathogénie les causes qui sont dues au dysfonctionnement de l'intestin, aux rapports anormaux de l'utérus, aux tumeurs de la cavité abdominale, aux compressions larges.

Les brides qui forment les étranglements internes, les volvulus quel qu'en soit le mécanisme rentreront dans la catégorie de l'occlusion aiguë.

Il est à peine besoin de faire remarquer que cette classification qui répond pourtant aux réalités de la clinique ne met pas une cloison entre les deux modes d'occlusion : ainsi une bride pourra être plus ou moins serrée ou plus ou moins tolérée par un intestin plus ou moins sain.

Nous allons examiner successivement dans chaque mode d'occlusion les symptômes suivants :

Les douleurs,
La constipation,
Les vomissements,

en nous réservant d'étudier d'abord celui de ces symptômes qui semble dominer la scène. Ensuite nous envisagerons la symptomatologie que peut apporter l'examen des symptômes généraux et des symptômes locaux.

I. — Les occlusions chroniques

Le début de l'affection est la plupart du temps insaisissable. La malade est une constipée. Par les soins qu'elle prend, purgation, lavements, elle arrive souvent à provoquer des selles mais qui ne sont pas suffisantes pour libérer son intestin. Pourtant la malade ne se juge pas constipée et il faut procéder alors à un interrogatoire très serré.

Il en résulte une stercorémie qui est plus ou moins bien tolérée suivant la résistance de la femme aux intoxications. On a même pensé que cette rétention de produits toxiques pouvait être la cause de certains cas de vomissements incoercibles et d'éclampsie. La période de tolérance à cette intoxication dépend de la qualité des émonctoires en fonction de l'âge de la malade et de ses antécédents pathologiques.

Les douleurs peuvent disparaître progressivement : la femme pense à toute autre affection que celle dont elle est menacée. Elle reporte à sa grossesse cette sensation de pléthore abdominale qu'elle éprouve et attribue ses malaises à une affection intercurrente.

D'autres fois une cause éventuelle produit en quelque sorte le déclenchement à cette occlusion imminente. La malade, après un travail pénible, une lessive souvent, est prise de douleurs qui l'obligent à s'aliter.

Qu'elle apparaisse progressivement ou brusquement, la symptomatologie serait d'une interprétation difficile si on ne pouvait faire préciser la constipation vraie dont souffre cette femme qui croit avoir des garde-robes suffisantes.

Les vomissements sont ordinairement tardifs ; souvent ils ne sont pas francs. Parfois, il n'y a pas d'interruption entre leur apparition et la disparition des vomissements dus à la grossesse. Ils sont d'autant plus trompeurs qu'ils ne sont que tardivement porracés et fécaloïdes.

C'est quand le diagnostic est fait au tournant dangereux de cette « occlusion en deux temps » qu'il est possible d'obtenir des cures merveilleuses avec débâcle considérable (observation de M. le Professeur HERRGOTT, où une malade remplit successivement huit vases de nuit après une purgation !). Il est à noter que parfois l'état général de ces malades est remarquablement bien conservé.

Si on passe à l'examen local, on trouve ordinairement par la palpation, par le toucher combiné au palper, un empâtement ou une masse considérable. C'est quelquefois, l'S iliaque qui a perdu toute sinuosité et qui constitue une grosse tuméfaction pouvant remonter jusqu'au diaphragme. Pour un cas signalé par le Professeur BROUARDEL, il y avait une tumeur considérable qui intéressait le colon ascendant et l'S iliaque et dont le diamètre dépassait quinze centimètres.

Peut survenir alors une symptôme inconstant, mais assez souvent rapporté et qui est presque la caractéristique d'une occlusion par coprostase basse : c'est la rétention d'urine. Le stase des matières réagit contre

l'utérus qui les comprime, fait ainsi varier la position de la matrice et pèse sur la vessie. Dans l'observation précédemment citée de M. HERRGOTT, on obtint par deux fois près de deux litres d'urine.

Passé cette période où l'organisme réagit aussi peu la seconde phase de l'occlusion est rapide : il y a intolérance. Il ne serait peut-être pas inutile de rapprocher ce mécanisme de tolérance provisoire de celui de l'anurie consécutive à la colique néphritique. Le mécanisme semble être le même et l'accumulation des poisons se traduit dans les deux cas par une intoxication soudaine après une période de latence.

Les complications apparaissent vite soit du fait de la réaction de l'intestin, spasme ou iléus paralytique soit par perforation ou sphacèle. Enfin l'intoxication à elle seule peut déterminer le collapsus et la mort.

Ce mode d'occlusion peut-il être invoqué aussi fréquemment que les classiques le mentionnent ? Il est probable qu'il faut réserver cette symptomatologie au cas où l'intoxication agit parallèlement à l'obstruction elle-même, c'est-à-dire à quelques observations caractéristiques.

II. — Les occlusions aiguës

Là, la cause de l'occlusion est tellement différente : c'est la plupart du temps une cause anatomique et les accidents surprennent la femme en pleine vie, en pleine santé. Il n'y a plus de symptomatologie hésitante, elle se dessine franchement : les seuls symptômes d'emprunt sont alors ceux des affections du péritoine.

Les vomissements constituent souvent le symptôme

initial. Ils apparaissent brusquement, dans de nombreuses observations. C'est la malade qui se trouve dans la seconde période floride de la grossesse et qui s'étant couchée en bonne santé est réveillée par des vomissements et des nausées. C'est encore dans le post-partum, l'accouchée qui se rétablit de couches sans incident et qui présente brusquement des symptômes alarmants.

Le fonctionnement du tube intestinal est plus profondément troublé que dans l'occlusion chronique : il présente des variétés considérables. La constipation n'est pas du type progressif, elle est brusque. Bien plus : d'autres fois, elle alterne avec de la diarrhée. Ici l'intestin sain jusque là se défend contre l'obstacle nouvellement constitué. Il est « impatient de sa captivité ». (BROUARDEL.)

S'il est prescrit des purgatifs, l'effet est désastreux ; ils peuvent devenir la source de nouvelles complications.

La douleur n'est pas toujours aussi nette que pourrait le faire croire la pathogénie de l'occlusion aiguë. Il arrive qu'on trouve à l'autopsie une bride serrée, déterminant une symptomatologie beaucoup moins bruyante que dans d'autres cas, une bride lâche.

Il faut aussi faire la part du terrain sur lequel évoluent les lésions et il n'y a rien de variable comme la façon dont les malades extériorisent leur douleur. C'est une question de milieu social, de race....

Il faut également faire entrer en ligne de compte, les antécédents généraux de la maladie et ses antécédents de grossesse. Est-on en présence d'une malade qui a parfaitement supporté sa gravidité ou soigne-t-on une femme qui a eu une gestation accidentée ? Enfin si

vomissements et constipation sont deux signes objectifs, la douleur fait partie d'une symptomatologie plus complexe et plus indécise puisqu'intervient le facteur subjectif par la malade.

Restent à examiner les symptômes généraux et les symptômes locaux.

L'état général de ces malades est au début assez bon parce qu'il n'y a pas de souffrance antérieure de l'organisme, mais il s'altère très rapidement. Car, d'une part l'adaptation progressive ne peut se faire comme dans l'occlusion chronique, d'autre part l'intestin réagit intensément contre cet accident qui perturbe profondément toute la physiologie de l'économie.

Les signes locaux, quand l'examen de l'abdomen est possible, peuvent apporter des précisions. Les observations citées montrent qu'ils ont pu servir à poser des diagnostics reconnus exacts au cours de l'opération.

Mais ils sont ordinairement infidèles.

Le signe de Laugier est quelquefois impossible : on est la plupart du temps en présence d'un ventre qui est totalement ballonné.

Le signe de von Wahl a quelquefois pu être constaté.

En résumé la symptomatologie présente des variations considérables. Un point reste vrai ici comme dans toutes les occlusions et qui est aussi précieux : les signes sont plus nets et plus précoces quand c'est l'intestin grêle qui est atteint.

CHAPITRE IV

Diagnostic

C'est par l'examen et la discussion des symptômes cardinaux de l'affection que nous établirons le diagnostic différentiel. Toute affection qui à l'occasion de la grossesse présente dans sa symptomatologie, vomissements, douleurs ou rétention de matières fécales pourra prêter à confusion avec une occlusion au début. Parfois cette pseudo occlusion se démasquera très vite après une observation de courte durée. D'autres fois le diagnostic sera rendu difficile pour ne pas dire impossible, surtout si la pathogénie de l'affection en cause est voisine de celle de l'occlusion.

Jusqu'ici, aussi bien en pathogénie qu'en symptomatologie, nous avons pu distinguer deux variétés d'occlusion. Nous conserverons ces deux catégories, d'ailleurs justifiées par la clinique.

I.) Quand la constipation chronique devient-elle une occlusion ? Le passage de l'une à l'autre est ordinairement impossible à saisir. La gravité de l'état général peut parfois aider au diagnostic, mais souvent l'état général est conservé. Nous savons quelle importance il faut attacher à l'interrogatoire de ces malades. Il ne faut pas

manquer de chercher du côté des symptômes locaux, toujours pratiquer le toucher rectal.

On évitera ainsi souvent de penser à une affection intercurrente qui empêcherait de faire le diagnostic.

II.) Les occlusions aiguës ont au contraire une symptomatologie beaucoup plus bruyante.

Nous allons envisager les affections qui peuvent simuler une occlusion d'abord dans le post-partum puis dans le cours de la grossesse et enfin pendant le travail. Cette classification est justifiée par la fréquence décroissante de ces accidents.

A.) Dans le post-partum, c'est la possibilité d'une péritonite qui est d'abord envisagée.

Parmi les formes cliniques de la péritonite, c'est le diagnostic de la forme septique aiguë qui sera le moins difficile à éliminer. L'affection est, dans ce cas, tellement brutale que ce sont les symptômes généraux qui dominent la scène : les symptômes locaux ne sont que secondaires. C'est par le pouls qui grimpe, la respiration fréquente, le faciès profondément modifié que se fera le diagnostic : mais aussi par l'excitation nerveuse, le sentiment d'inquiétude profonde de ces malades. C'est en effet beaucoup plus une septicémie qu'une péritonite.

Mais les difficultés sont plus sérieuses et parfois insurmontables quand il s'agit d'une péritonite de moyenne intensité ou d'une forme localisée.

Il y a quelques signes théoriques pour séparer les deux affections. Dans la péritonite, l'arrêt des matières et des gaz serait moins absolu, la pathogénie des deux affections étant en cause : en cas d'obstruction, il y a obstacle réel, infranchissable — si on sait interpréter la garde-

robe qui vide le bout inférieur de l'intestin. En outre la réaction de l'intestion dans l'occlusion serait plus nette. Atteint partiellement en un point par un obstacle, il tend à chasser le barrage par des contractions énergiques et déterminer un péristaltisme visible sous la paroi abdominale antérieure.

L'état général profondément altéré plaide en faveur de la péritonite.

Quand la séreuse péritonéale n'est atteinte que localement, le diagnostic présentera encore des difficultés plus considérable, car la localisation des douleurs, l'empâtement en un point déterminé se rencontrent dans les deux affections entre lesquelles il faut se décider.

Dans tous ces cas pourtant le diagnostic a une grosse importance. En cas de péritonite quelle qu'elle soit, à moins qu'elle ne soit causée par une perforation, la réserve est de rigueur, tandis que dans l'occlusion l'intervention est la règle tout au moins pour une thérapeutique d'urgence, comme l'anus iliaque.

Il faut rechercher dans les antécédents de la malade si l'accouchement a été normal ou incidenté, si des manœuvres ont dû être pratiquées ; enfin quand il s'agit d'un avortement, qui a été provoqué dans des conditions que l'on ignore, il faudra penser à la péritonite.

En résumé le diagnostic de ces deux affections est toujours difficile, pour ne pas dire impossible souvent. D'autre part après l'accouchement, on a toujours une tendance naturelle à penser à une affection partant de l'utérus.

Dans cette pathologie du post-partum, un dernier point retiendra notre attention. Les multipares à cavité utérine vaste voient mal leur utérus dès caillots qu'il

contient. Il en résulte des coliques plus ou moins douloureuses, mais qui ont rarement une intensité suffisante pour en imposer pour une affection plus grave. Ces tranchées ont un moment d'élection, un siège bien déterminé, un caractère subjectif qui en font faire un diagnostic positif qui s'impose.

B) Il y a une affection qui est possible au cours du post-partum mais que nous étudierons dans le diagnostic différentiel des affections du cours de la grossesse : c'est l'appendicite. En effet, après l'accouchement c'est la péritonite qu'il importe souvent de différencier de l'occlusion.

Si au début de la gestation, graduellement on voit apparaître les symptômes habituels de l'appendicite, le diagnostic sera facile parce que le volume et le contenu de l'abdomen ne s'opposeront pas à un examen détaillé.

On trouvera de la défense abdominale bien localisée, le point douloureux de Max Burney, et l'hyperesthésie cutanée. Plus tard, on pourra se trouver d'emblée en face d'un ventre ballonné chez une femme qui n'a plus de selles et qui vomit. A ce moment la palpation sera difficile car la douleur sera généralisée et ce n'est plus que par un interrogatoire détaillé qu'on fera un diagnostic rétrospectif. Autrement, il faudra se baser sur des caractères bien fragiles : dans l'appendicite les vomissements sont plutôt verts que fécaloïdes, le ballonnement est progressif ; enfin, signe infidèle, il n'y aura pas de péristaltisme.

Quand l'appendicite survient près du terme, l'examen local, qui fait le diagnostic positif de l'appendicite, sera

rendu presque impossible par le volume même de l'utérus.

Enfin le problème est d'autant plus complexe qu'il n'existe pas une modalité d'appendicite mais un grand nombre, suivant la position de l'appendice et la forme clinique de cette affection.

Si l'examen du sang peut être pratiqué, il montrera en cas d'appendicite, une hyperleucocytose marquée.

Enfin, pendant la grossesse, toutes les crises douloureuses peuvent par leur intensité, simuler l'occlusion intestinale.

Les coliques néphritiques ont une symptomatologie qui ne permet guère l'hésitation.

Leur irradiation vers le bas permet d'établir un diagnostic positif.

Les coliques hépatiques pendant la grossesse montrent le rapport manifeste qu'il y a entre la gravidité et la cholestérinémie. Mais leur symptomatologie est suffisamment nette.

Les coliques salpingiennes fréquentes quand l'utérus s'élève et de plus tire sur les séquelles d'inflammation utéro-annexielles peuvent déterminer des douleurs et des vomissements. Mais la symptomatologie est alors celle d'un organe pelvien et le toucher vaginal éclaire le diagnostic.

Reste, au cours de la gestation, une affection qui peut prêter à confusion. Ce sont les vomissements de la grossesse. Par leur gravité ils peuvent engendrer un état général grave qui ressemble à celui d'une infection : pour certains auteurs, en effet, il faudrait leur reconnaître une pathogénie infectieuse. Mais dans ce cas on a la notion de la persistance de ce phénomène depuis le dé-

but de la grossesse. L'éclampsie peut quelquefois, mais pour peu de temps, simuler l'occlusion intestinale.

Il est rare enfin qu'un début d'occlusion soit pris pour une menace de travail. L'état du col de l'utérus permet d'éviter l'erreur, et une observation de quelques heures vient lever tous les doutes.

C) Au cours du travail il n'y a guère que la rupture utérine qui puisse en imposer pour une occlusion. Même dans sa forme insidieuse, il y a, pour la malade, des sensations pathognomoniques, en particulier cette sensation de chaleur brusque dans l'abdomen.

Quand la déchirure est brusque, on constate l'hémorragie et la malade fait habituellement une syncope. Enfin le dénouement est rapide.

Nous avons terminé le diagnostic différentiel de l'occlusion intestinale par rapport aux autres affections qui pourraient la simuler.

Pratiquement, il faudra faire le diagnostic en sens inverse, parce que les accidents d'occlusion s'observent moins rarement que les autres affections qui peuvent en revêtir le masque.

Encore faudra-t-il y penser. C'est la première condition du diagnostic.

CHAPITRE V

Pronostic

D'après nos observations la mortalité est inférieure à celle que l'on trouve mentionnée dans les autres travaux. En face de 39 % qui est notre chiffre, VERGEZ dans sa thèse donne 54 % et GAUCHERY 63 %. Tous ces chiffres se rapportent à un petit nombre de cas et il y a des séries plus ou moins heureuses. En les totalisant on n'obtiendrait pas une moyenne se rapprochant plus de la vérité, puisqu'il faut faire la part des observations non publiées et des cas d'occlusion méconnus.

Le pronostic est commandé par cette notion que si l'occlusion en dehors de tout état de gravidité a un dénouement souvent fatal, la coexistence d'une grossesse l'aggrave encore. Le pronostic pour l'enfant dépend de l'évolution de l'affection chez la mère : de plus, il y a une limite à la tolérance de l'œuf, là comme dans toutes les affections graves, qui varie avec chaque organisme.

L'intervention chirurgicale améliore ordinairement le pronostic et d'autant plus qu'elle a été pratiquée plus tôt, la malade étant dans un meilleur état de résistance. Dans nos observations il y a une différence de 12 % en faveur des cas opérés.

Quand l'accouchement survient chez des femmes ayant subi une intervention, il faut le rapporter plus à l'intoxication déjà profonde, qu'à l'intervention elle-même.

CHAPITRE VI

Traitement

En dehors de toute thérapeutique visant à atteindre l'occlusion elle-même, on a pensé que l'accouchement provoqué pouvait constituer un moyen curatif ; mais les observations que l'on possède de ce traitement montrent presque toutes les désastreux résultats de cette intervention.

Il faudra donc plutôt chercher à traiter directement l'occlusion. La tâche du médecin serait aisée s'il était toujours possible de faire un diagnostic bien net entre l'occlusion vraie et les affections* qui peuvent la simuler, d'une part, et les différentes sortes d'occlusion d'autre part.

Pourtant pour la commodité du sujet et supposant le problème du diagnostic résolu, nous décrirons un traitement médical et un traitement chirurgical.

Traitement médical

Notons d'abord qu'il existe une prophylaxie vis-à-vis des occlusions chroniques : ce sont les purgatifs légers au cours de la grossesse. Outre cet avantage, ce sont des moyens de désintoxication.

Quand l'occlusion est constituée et qu'on est assuré qu'elle relève d'une stase fécale, les purgatifs trouvent leur indication. Certaines observations illustrent ce mode de traitement. Mais une erreur de diagnostic peut alors constituer ici une grave complication, car il serait désastreux d'administrer un purgatif en cas d'occlusion aiguë.

Les lavements, sans présenter les mêmes dangers, seront souvent employés avec succès surtout si l'obstacle stercoral est situé bas. Il faut faire une mention spéciale pour le lavement électrique qui peut atteindre les occlusions plus haut placées.

Quand, malgré son indication, il y a impossibilité d'appliquer le traitement chirurgical, ou que l'état de la malade ne le permette pas, il faudra se contenter des moyens classiques : opium en petite quantité répété plusieurs fois, glace sur le ventre.

Traitement chirurgical

Posons d'abord en principe que la grossesse n'est pas une contre indication à cette méthode : de nombreuses observations en fournissent la preuve. Mais ici comme dans toute intervention c'est l'état général qui dicte la ligne de conduite.

Mentionnons pour commencer, comme petit moyen chirurgical, le lavage d'estomac. Il produit souvent un soulagement réel, mais ce n'est qu'un palliatif puisque la cause de l'affection subsiste et que l'amélioration qu'il apporte peut déterminer une abstention dangereuse.

Du fait de l'anesthésie locale, la limite opératoire est

reculée à l'infini. Même et surtout en face d'une situation très compromise l'indication de choix sera la fistule cœcale. M. le Professeur VAUTRIN, dans « la Gynécologie » d'avril 1922, conseille d'appliquer « promptement et sans excès » cette « médication utile et strictement nécessaire ». Il continue par ces indications précieuses :

« C'est donc l'anus cœcal qu'il faut établir, pas avec
« une large brèche, mais au contraire avec une ouver-
« ture discrète, par où filtreront les liquides et les
« gaz que contient l'ampoule cœcale. Si l'on trouve
« l'appendice, on l'extrait du ventre, on l'attire jusqu'à
« faire effleurer à la paroi sa base infundibulaire et on
« se sert de sa lumière, après résection, pour établir
« la soupape de sûreté intestinale que réclame la situa-
« tion. Que l'on ait amené à la paroi l'appendice ou
« créé sur le cœcum terminal ou latéral une minime
« ouverture, il importe de bien border cette ouverture
« pariétale, de bien serrer la boutonnière musculaire,
« pour préparer déjà sa prochaine fermeture sponta-
« née ; car il arrivera ce fait heureux pour le malade,
« qu'une fois la perméabilité rétablie dans le trajet intes-
« tinal pelvien, le cours des matières reprendra sa direc-
« tion et n'utilisera plus le diverticule de secours établi
« au moment critique. »

Enfin c'est sur le cœcum que devra se faire cette fistule et non pas au siège même de l'occlusion. M. le Professeur VAUTRIN ajoute « ... en agissant à distance du
« foyer, sur le cœcum qui s'offre à une opération facile,
« on restreint dans une proportion énorme, l'offense au
« péritoine et à l'intestin, et l'on assure dans la mesure
« la plus parfaite, la fermeture spontanée de la fistule

« cœcale, dont l'existence est rendue momentanée. Le
« cœcum par sa situation, son volume, ses fonctions,
« se prête admirablement à une fistulisation pariétale,
« et si l'on choisit pour l'exécution de cette fistule l'am-
« poule terminale en un point assez écarté du confluent
« iléo cœcal, ou bien l'appendice à son insertion, on
« crée ainsi un orifice de guérison prompte et assurée. »

C'est donc ce mode et ces moyens d'intervenir qui dominent la situation. Quand les circonstances le permettent, il sera possible de remonter à la cause anatomique de l'occlusion quand elle reconnaît cette pathogénie.

L'exemple le plus net est fourni par la bride que l'on arrive à trouver et que l'on sectionne.

Que doit-on faire en face du ligament infundibulo pelvien, quand on le rencontre et qu'il est coupable de l'occlusion ?

Le traitement chirurgical peut porter ou sur le ligament lui-même ou sur la disposition péritonéale. Éliminons de suite ce dernier procédé : c'est également celui qu'on a tenté en face des multipares ptosées.

« On a tenté de réaliser des pexies, des anastomoses
« intestinales... C'est là motif à une chirurgie brillante,
« c'est vrai ; mais cette chirurgie comporte des aléas,
« dont le moindre se traduit par l'interruption rapide de
« la grossesse. » (1).

Quelle conduite doit-on tenir vis-à-vis du ligament infundibulo pelvien ? Sans préjudice des troubles que peuvent causer la section des vaisseaux ovariens, la

(1) Professeur VAUTRIN, loc. cit.

technique opératoire trouve un obstacle dans la présence de l'utérus gravide. Le ligament devient difficile à atteindre et l'opérateur travaille au fond d'un puits.

Aussi l'établissement d'une fistule cœcale discrète reste encore et dans tous les cas le moyen d'action chirurgical le plus facile et le plus sûr.

CONCLUSIONS

— L'occlusion intestinale au cours de la grossesse est rare, beaucoup plus rare encore pendant l'accouchement et dans le post-partum. C'est à la fin de la grossesse et chez les multipares qu'on la rencontre le plus fréquemment.

— Les causes de l'occlusion sont d'abord la stase coecale, et les brides puis les adhérences. Ne viennent qu'ensuite les tumeurs et les volvulus.

— Le ligament infundibulo pelvien demande à être recherché systématiquement quand l'intervention vise à traiter directement la cause de l'occlusion, surtout chez les ptosées et les parturientes âgées.

— La symptomatologie est celle de toutes les occlusions mais l'examen local est souvent impossible à cause du volume de l'utérus.

— Le diagnostic différentiel doit être fait d'abord avec la constipation dans les occlusions chroniques, ensuite avec toutes les affections péritonéales pour les occlusions aiguës, surtout dans le post-partum. L'appendicite peut survenir avant comme après l'accouchement.

— Le traitement médical doit être tenté au début, particulièrement quand on pense à une stase cœcale, mais prudemment, car la fistule cœcale avec ouverture étroite constitue le traitement de choix, chaque fois que l'état général est grave, par son efficacité et son innocuité.

Vu :

Nancy, le 30 juin 1922.

Le Président de la thèse,

A. VAUTRIN.

Vu :

Nancy, le 30 juin 1922.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 1^{er} juillet 1922.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur VAUTRIN, in *La Gynécologie*, avril 1922)

En juin 1906, je suis appelé à voir dans la Meuse une femme de 34 ans, constipée habituelle, mère de 3 enfants bien portants. M^{me} C..., au 7^e mois d'une 4^e grossesse, présentait des accidents d'occlusion contre lesquels une thérapeutique médicale variée avait échoué. A plusieurs reprises, dans les semaines précédentes, cette malade avait souffert de crises de constipation, que des purgatifs avaient pu conjurer. Au moment de mon arrivée, il existait un météorisme abdominal des plus intenses, des vomissements fécaloïdes, un facies altéré, un pouls petit et rapide. La dernière évacuation alvine remontait à six jours. Les urines étaient rares et renfermaient une forte proportion d'albumine. La température était 38°6 et le pouls 110.

Une telle situation comportait une solution rapide. Je fis sur le champ, à l'anesthésie locale, une fistule cœcale. Je trouvai sur le bord utérin droit le cœcum distendu ; je le dégageai et fixai son fond à la plaie en y créant une ouverture fort restreinte, par où s'écoula un liquide intestinal abondant.

Le soulagement fut immédiat et le soir même l'état général se remontait ; la température redevenait normale et le pouls battait à 100. Le surlendemain, une selle était rendue par l'anus, indiquant le retour à la perméabilité dans le bout inférieur. Cet heureux résultat se confirma dans les semaines suivantes, puisqu'au début du neuvième mois, l'anus cœcal

s'était spontanément oblitéré. L'accouchement eut lieu à terme dans d'excellentes conditions.

Depuis cette époque, cette femme recouvra sa bonne santé antérieure, mais avec une constipation opiniâtre qu'elle connaissait depuis longtemps. Elle put mener à bien, dans les années qui suivirent, deux nouvelles grossesses, sans avoir souffert de crises d'occlusion semblables à celle qui avait signalé sa 4^e grossesse.

OBSERVATION II

(Professeur VAUTRIN, in *La Gynécologie*, avril 1922)

En 1909, je suis appelé par mon excellent collègue et ami, le docteur Remy, à examiner M^{me} de P..., âgée de 38 ans, mère de 8 enfants, au 8^e mois de sa grossesse. Depuis quelques années, cette mère de famille éprouvait les ennuis répétés d'une ptose abdomino-génitale causée par des maternités répétées ; elle était affligée d'une constipation tenace qui, dans la grossesse actuelle, s'était exaltée au point que chaque jour, elle devait recourir à l'huile de ricin, seule médication efficace. Depuis dix jours, ce moyen n'avait plus abouti à aucun résultat et les gaz eux-mêmes avaient cessé d'être évacués, de sorte que le ballonnement abdominal était extrême, les coliques très vives, la langue sèche, l'haleine fétide, les urines rares. Les vomissements avaient apparu depuis deux jours sous forme de régurgitations de liquides noirâtres d'odeur fécaloïde. Le pouls était à 110 et la température au voisinage de 37°. Tous les moyens médicaux : le lavage d'estomac, l'entéroclyse répétée, avaient échoué. Restait la ressource de l'anوس cœcal qui fut proposée et acceptée sans hésitation, tant les souffrances étaient grandes.

La malade, transportée à ma clinique, y subit l'opération sous anesthésie à l'éther. Je trouvai un cœcum distendu à l'extrême et remonté vers le foie. Je saisis l'appendice qui se présentait, l'attirai dans la plaie et me bornai à faire à sa base, au-dessus de la région valvulaire de l'organe, l'appendicostomie. Ce fut donc une minuscule ouverture cœcale que

je dilatai après fixation pariétale, en y introduisant une pince de Kocher dont j'écartai les bords. Cet orifice de dérivation fonctionna à ravir et laissa filtrer deux jours durant des gaz et des matières accumulées. Le 4^e jour, l'appétit revenait et en même temps apparaissaient des évacuations répétées par l'anus, indiquant le retour du péristaltisme.

Le 20^e jour, M^{me} de P... quittait la clinique, son orifice coecal ne laissant plus passer que quelques gaz. La fin de la grossesse fut normale et exempte de toute complication. Dans la suite survinrent deux nouvelles grossesses, dont l'évacuation se fit sans incident, malgré des alternatives de constipation toujours opiniâtre.

OBSERVATION III

(Que nous devons à l'obligeance de M. le P^r FRUHNHOLZ)

Il s'agit d'une secundipare qui, au moment de l'examen, est enceinte de 8 mois environ. C'est une constipée habituelle qui n'a pas été à la selle depuis 10 jours. Elle présente quelques vomissements, mais le pouls est normal et il n'y a pas de température. A l'examen, on trouve la tête fœtale profondément engagée et on remarque une laxité générale des tissus.

Pendant trois jours consécutifs, on fait des efforts infructueux pour obtenir un résultat : lavement, pilules laxatives, eau de Carabana, eau-de-vie allemande. On tente de débloquer la tête qui aplatit le rectum. Le ventre finit par se ballonner, l'estomac se distend, les anses intestinales se dessinent sous la peau. Des douleurs abdominales surviennent.

Finalement, on donne un lavage d'estomac à la faveur duquel on peut faire supporter une dose forte d'huile de ricin. La débâcle survient alors qu'on agitait la question du lavement électrique et qu'on envisageait la possibilité d'une intervention chirurgicale.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FRUHINSHOLZ)

Occlusion intestinale symptomatique au cours d'une pyélite gravidique

Il s'agit d'une malade âgée de 34 ans, qui a eu un premier accouchement il y a trois ans et qui s'est terminé par un forceps et une délivrance artificielle. Habituellement, cette femme est en bonne santé.

Elle voit ses dernières règles en mars 1911. Vers le 14 septembre, la malade est enceinte de 6 mois environ : elle souffre de pollakiurie et de dysurie avec ténesme.

Le 16, elle ressent un frisson et présente une température de 39°. Le 17, il y a un nouveau frisson. La malade a une selle. Du 17 au 22, malgré toutes les tentatives faites, il n'y a pas de selles, par contre il y a des gaz.

Le 22 septembre, le pouls varie entre 100 et 120, sans température, et l'état devient inquiétant. La femme vomit et accuse une douleur dans le côté droit. Le ventre est énorme, très météorisé, sonore partout, même dans les flancs. L'utérus examiné montre qu'il est normal, déjeté à droite avec une tête fœtale profondément engagée.

Dans les jours suivants, l'état général s'aggrave. La langue est rouge, les lèvres sont sèches, les gencives gonflées. Il y a du subictère.

L'attention est attirée du côté des urines qui sont troubles et qui renferment de l'albumine (1 à 2 gr.). De plus, il y a une douleur à la pression dans la région lombaire droite. On pense alors à une pyélite. On applique des ventouses scarifiées sur les reins, et on fait observer la position horizontale avec siège surélevé. D'autre part, on met des compresses chaudes sur l'abdomen et on laisse une canule à demeure dans le rectum en même temps qu'on administre de l'huile de ricin.

Le 25 septembre, l'huile de ricin n'a pas produit de selles. La température est remontée à 38° et le pouls difficile à percevoir est à 120. Quelques rares vomissements. Depuis le 24,

il n'y a plus de gaz du tout. Le tympanisme est devenu énorme. Ses urines, examinées, révèlent la présence de pus. Les battements fœtaux subsistent.

Le Professeur André, consulté, décide de faire un anus contre nature. Il n'y a pas trace de péritonite. Dès que l'anus est ouvert, il se produit un écoulement abondant de gaz et de matières.

Malgré cela, la malade succombe dans la soirée.

OBSERVATION V

*Occlusion intestinale chez une femme enceinte de 5 mois.
Laparotomie. Avortement. Guérison (TÉMOIN)*

Cette observation concerne une femme de 32 ans, enceinte de 5 mois, dont certains accidents abdominaux furent d'abord pris pour des accidents de fausse couche. Mais bientôt, des accidents de péritonite se montrèrent et on s'aperçut qu'elle n'allait plus à la selle et qu'elle ne rendait plus de gaz. Elle avait même des vomissements fécaloïdes lorsque M. Témoin vit cette malade pour la première fois. Les accidents d'occlusion intestinale se révélèrent nettement le 5^e jour par les signes caractéristiques.

La laparotomie fut alors pratiquée ; l'iléon était étranglé par des brides péritonéales situées derrière les annexes gauches. L'étranglement fut levé et la malade a guéri après avoir avorté dans la nuit qui suivit l'opération.

OBSERVATION VI

(NOBLE)

Deux cas d'étranglement interne : l'un au cours d'une grossesse de 7 mois, l'autre dans les suites de couches

(Cette seconde est seule citée)

.....
J'ai observé un autre cas d'obstruction intestinale avec le docteur Longaker, il y a quelques années. L'occlusion était

causée par des adhérences de l'intestin avec l'utérus. Après le travail, au moment de la régression utérine, l'utérus fit traction sur les adhérences et l'intestin, et l'occlusion fut constituée. La malade mourut.

OBSERVATION VII

(CORNER)

Obstruction intestinale aiguë compliquant une grossesse

Malade âgée de 27 ans, enceinte de 4 mois, pendant lesquels elle a souffert d'indispositions légères et de nausées. Le 20 novembre, après un repas copieux, elle ressent des douleurs abdominales atroces et des vomissements extrêmement pénibles. Elle eut plusieurs selles très faciles. Rien d'anormal à l'examen du ventre. L'utérus est bien un utérus gravidé de 4 mois. Les jours suivants, la diarrhée fit place à la constipation. Le 26 novembre, on pratiqua l'examen sous chloroforme ; on ne perçut rien d'anormal. Mort le 27.

A l'autopsie, on constata que l'iléon était appliqué étroitement contre le cœcum sur une hauteur de 6 pouces ; en ce point, il y avait des adhérences étroites et très résistantes. Le péritoine contenait une grande quantité de matières fécales.

OBSERVATION VIII

(PASSIM)

Etranglement interne, mort cinq heures après l'opération

(TUJA)

Femme de 35 ans qui a eu 4 grossesses. Toutes normales, malgré la présence d'un kyste pour les deux dernières. Ce kyste est enlevé le 29 juin 1893 par M. Rendu.

Les vomissements commencent le 6 février, persistent jusqu'au 12, où ils deviennent fécaloïdes.

Laparotomie à 11 heures du matin par M. le Professeur

FOCHIER. Incision au niveau de l'ancienne cicatrice. A quelques millimètres de l'incision, on trouve une anse intestinale et, en un point très rapproché du cœcum, on trouve un point rétréci, au niveau duquel la séreuse intestinale est fendue transversalement ; la muqueuse fait hernie par la plaie. En ce point, deux tractus d'origine mésentérique formaient bride et devaient occasionner le rétrécissement. Ils sont actuellement rompus. On les résèque et l'on fait la suture séro-séreuse de la plaie intestinale. Au niveau de l'anse étranglée, les vaisseaux mésentériques sont thrombosés et les veines tubo-ovariques ont, à l'intérieur, des caillots mous, noirâtres, récents. Mort cinq heures après l'opération.

A l'autopsie, pas de lésions autres que celles constatées au cours de l'opération. Adhérences des anses intestinales au voisinage de l'incision de la laparotomie du mois de juin dernier. La suture séro-séreuse était suffisante (épreuve de l'eau).

OBSERVATION IX

Rétention d'urine par coprostose gravidique

(Professeur HERRGOTT)

(*Annales de la Société Obstétricale de France*, 1908) (PASSIM)

...Femme âgée de 37 ans, régulièrement menstruée depuis sa quinzième année. Serait enceinte pour la deuxième fois. Sa première grossesse daterait de quatorze ans ; l'accouchement aurait été assez difficile et aurait été terminé par l'extraction d'un garçon qui vit encore actuellement.

Depuis cet accouchement, après lequel elle serait restée trois semaines couchée, elle se serait toujours bien portée et aurait été réglée jusqu'au 4 janvier. Depuis lors, elle n'avait plus eu ses époques, mais avait continué à se bien porter. Elle avait bien, à la fin de mars, éprouvé quelques difficultés dans la miction, mais elle n'y avait pas attaché d'importance, lorsque, le mardi 13 avril, alors qu'elle faisait sa lessive, elle éprouva de violentes douleurs dans le bas-ventre. Elle dut se

mettre au lit, mais elle était si faible que, pour s'y rendre, elle fut obligée de s'appuyer contre les murs.

Une fois couchée, loin de diminuer, les douleurs s'accrochèrent et la malade ne put fermer l'œil de toute la nuit, tant ses souffrances étaient intolérables. Elle avait uriné ce jour-là assez difficilement, comme cela lui arrivait depuis un mois. Le ventre n'était nullement ballonné, il était même, déclarait-elle, « plat comme une planche ». Elle ne se trouvait pas constipée, elle alla même deux fois à la selle ce jour-là.

Le lendemain, mercredi, les douleurs étaient si pénibles qu'elle ne put rester dans son lit. Elle se leva et passa toute la nuit à se traîner dans sa chambre ; enfin, vers 7 heures du matin, elle se recoucha. Les douleurs étaient toujours aussi vives, mais elle avaient un caractère intermittent. Elles duraient un quart d'heure, cessaient pour reparaître un quart d'heure après.

La malade, depuis le début de ses souffrances, éprouvait souvent le besoin d'uriner, mais elle ne pouvait le faire qu'en petite quantité. Son ventre était un peu augmenté de volume. A 8 heures, le médecin était appelé et, après l'avoir examinée, ordonnait une purgation qui devait être suivie, après effet, d'un lavement laudanisé.

Cette prescription ne fut exécutée que deux jours après, le vendredi 16 avril.

Pendant ce temps, les douleurs persistaient, le ventre continuait à grossir ; les besoins d'uriner devenaient de plus en plus fréquents. Mais il n'y avait pas d'incontinence.

Le 16, la malade se décida enfin à prendre l'huile de ricin qui lui avait été prescrite, ce qui amena plusieurs selles abondantes.

Du 17 au 21, l'état reste le même, l'appétit était toujours conservé, il est vrai, mais les douleurs abdominales devenaient de plus en plus violentes, tout en conservant leur caractère d'intermittence. Les besoins d'uriner demeuraient toujours aussi impétueux et fréquents. Le ventre devenait de plus en plus volumineux et sensible ; cependant, elle n'avait jamais

éprouvé de vertiges ou de syncope ; elle ne perdit qu'une fois, le jour où elle prit de l'huile de ricin, un liquide légèrement rosé.

Le 21, le médecin, préoccupé, jugea qu'il était urgent de l'envoyer à la Maternité, à Nancy. Le lendemain, accompagnée d'une amie, elle se décida à suivre le conseil qui lui était donné. Bien qu'elle souffrît beaucoup, elle put aller à pied de la voiture qui l'amenait jusqu'au wagon et agir de même à son arrivée à Nancy.

...Je m'attendais à trouver une personne pâle anémiée, abattue, présentant le masque qu'une rupture d'un kyste tubaire imprime d'habitude sur la physionomie de celle qui en est victime. Je fus tout surpris, et j'ajouterai enchanté, de voir que notre malade avait relativement bonne mine.

L'abdomen est large et volumineux, comme il le serait si l'utérus était distendu par un produit de conception arrivé au terme de la gestation. Il existe un œdème sous-pubien assez marqué ; les membres inférieurs sont légèrement infiltrés.

Par le palper, on délimite facilement une tumeur médiane rénitente, remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On perçoit également une légère sensation de flot qui paraît assez superficielle ; on ne sent aucune partie dure capable de faire supposer la présence d'un fœtus. La percussion des flancs demeure sonore. La zone de matité est médiane et nettement arrondie à sa partie supérieure.

Ces divers signes nous permettent, au premier abord, d'écarter l'hypothèse d'une hémorrhagie dans une cavité péritonéale. L'aspect de la malade serait fort différent, il y aurait eu des syncopes, elle n'aurait pas pu effectuer aussi facilement un voyage aussi long, il lui aurait été impossible de marcher comme elle l'a fait ; la maladie ne serait pas localisée dans la région où nous l'avons perçue, elle s'étendrait aussi latéralement, ce qui n'est pas.

Mais quelle est la nature de cette tumeur ? Est-ce l'utérus ? Est-ce la vessie ? Est-ce un kyste ?

Il me semble difficile qu'un utérus de trois mois et demi,

au plus, puisse être distendu par de l'hydramnios au point de remonter presque jusqu'au creux épigastrique, et comme cette femme se plaint d'être obligée d'uriner trop souvent, l'exagération même de cette fréquence nous indique, qu'avant d'aller plus loin, il y a lieu de vider le réservoir urinaire, la tumeur qui remonte ainsi à six travers de doigt pouvant être la vessie.

Voulant éviter une évacuation trop rapide, et pour permettre à cet organe de revenir progressivement sur lui-même, on pratique le cathétérisme avec une sonde molle de petit calibre.

L'écoulement dura plus d'une heure et on recueillit 4.450 centimètres cubes d'urine, presque quatre litres et demi !

La tumeur avait disparu, et avec elle la douleur dont se plaignait la malade.

La vessie vidée, on trouve une autre tumeur située légèrement à droite, un peu au-dessus du rebord du bassin qui correspond bien comme volume, à celui d'un utérus de trois mois.

J'avais supposé que cette rétention d'urine si considérable était peut-être le résultat de l'incarcération d'un utérus grévise dans la cavité pelvienne, la tumeur qui apparaît latéralement au-dessus du pubis me montre que cette rétention a une autre cause.

Je pratique le toucher, mais j'éprouve une assez grande difficulté à introduire mon doigt qui est serré au niveau de l'orifice vulvaire et du vagin.

Je pénètre néanmoins assez profondément de façon à atteindre le col utérin qui est ramolli et fortement échancré à droite et à gauche. Il est très élevé et se trouve directement en avant, appliqué derrière la symphyse pubienne, et se continuant nettement avec la tumeur, qui avait été perçue par le palper et qui nous semblait être l'utérus distendu par une grossesse de trois mois. La paroi postérieure du canal vaginal fait une forte saillie et semble appliquée contre la paroi antérieure qui est ainsi repoussée en avant. Elle est tendue, arrondie et légèrement irrégulière.

L'état œdémateux de ces parties rend la colonne postérieure

du vagin très saillante et facilement reconnaissable au toucher.

J'essaie de déprimer cette tumeur qui fait tomber le vagin, mais elle est trop dure et je n'y produis pas de dépression digitale.

Malgré cela, en raison de ces irrégularités mamelonnées qui se trouvent à la surface de cette tumeur, je pense que la cloison vaginale est ainsi distendue par des matières fécales durcies, et je prescrivis des lavements purgatifs de façon à vider le rectum.

Trois lavements furent administrés.

Une formidable débâcle se produisit dans la soirée et se renouvela dans la nuit.

La malade aurait rempli *huit* vases de nuit.

Dans le courant de la journée, on avait été obligé de recourir à nouveau au cathétérisme pour vider la vessie qui n'avait pas retrouvé sa tonicité. On avait encore recueilli 2.250 centimètres cubes d'urine.

On fut obligé de la sonder une troisième fois dans le courant de la nuit, ce qui donna issue à 1700 centimètres cubes de liquide.

A partir de ce moment la miction se fit spontanément et abondamment, de 3 heures du matin à 7 heures, elle avait émis 1750 centimètres cubes.

Quand le lendemain je revis cette femme, elle était transformée. Non seulement, elle ne souffrait plus, mais le ventre était souple, d'un volume normal ; le col était au centre de l'excavation, le vagin n'était plus tuméfié et avait repris sa forme habituelle.

Elle n'avait plus qu'un désir : retourner chez elle.

.....

La dernière partie de la grossesse de notre ancienne malade s'effectua sans encombre ; elle accoucha facilement le 4 octobre, d'un garçon à terme, ainsi qu'a bien voulu me le faire savoir le médecin qui me l'avait envoyée.

OBSERVATION X

1) *Stercorhémie à six semaines de grossesse. Menacé d'avortement : hémorrhagie, élévation de température.*

MACE : *Annales d'obstétrique de France 1898*

Cette femme a toujours joui d'une excellente santé, et on ne relève dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 9 ans. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours bien été et chaque période a duré de sept à huit jours.

La grossesse actuelle est la sixième. Ses dernières règles datent du 2 au 9 novembre.

Dans la nuit du 15 au 16 janvier, la malade a perdu du sang et des caillots ; un médecin consulté prescrivit le repos au lit tant que dura la perte, trois jours. Du 16 au 19 janvier, élévation de température ; le 20 janvier entrée à la clinique. Elle est conduite immédiatement à l'isolement.

A l'examen on trouve l'abdomen douloureux à la pression, pas de ballonnement. L'utérus déborde de trois travers de doigt la symphyse. Le toucher permet de reconnaître que le col est long, perméable jusqu'à son orifice interne. Albuminurie légère. Repos au lit, injections vaginales et mèche de gaze iodoformée dans le vagin. Régime lacté absolu.

Le 21, lavement glycérimé : évacuation abondante remplissant deux bassins. Température : $37^{\circ}4$ le matin, $38^{\circ}2$ le soir.

Le 22, la température étant normale, la malade est descendue au dortoir des femmes enceintes.

Le 23 janvier au matin, température $38^{\circ}2$. La malade ne perd plus depuis deux jours. Le col est long et fermé. La quantité d'albumine est de 2 grammes par litre d'urine.

La malade prend un purgatif : 20 gr. de sulfate de soude. Cette purgation amène une véritable débâcle : huit selles abondantes présentant les caractères suivants : liquides jaunâtres avec des agglomérats très denses de matières stercorales noires, d'origine ancienne, d'une extrême fétidité.

Le 24 au soir, une selle naturelle très abondante ; le 25

nouvelle élévation de température ; la malade prend un lavement glycérimé : nouvelle évacuation abondante remplissant deux bassins.

La malade qui avait présenté de l'albuminurie, a des urines normales le 27, et son état général bon depuis cette époque, la grossesse continue son cours.

OBSERVATION XI

II) Vomissements graves d'origine stercorhémique

(MACÉ : *Société d'Obstétrique de France*, 1901)

La deuxième observation est celle d'une femme V..., âgée de 29 ans. Entrée à la clinique Tarnier le 2 février 1901, envoyée par un médecin des environs de Paris avec diagnostic de vomissements incoercibles de la grossesse, après avoir fait prévoir à la famille de cette malade qu'on serait forcé d'interrompre la grossesse.

Réglée à 17 ans, cette femme n'a eu ses époques régulièrement qu'à l'âge de 19 ans. Elle a déjà eu 5 grossesses qui se sont terminées de la façon suivante : la première a été à terme et a donné naissance à un enfant bien portant. La seconde a été interrompue par une fausse couche de 6 mois environ, la troisième s'est terminée par la venue d'un enfant à terme, mort à deux mois à la suite de l'opération d'une hydrocèle congénitale double. La quatrième n'a rien présenté de spécial ; la cinquième a eu lieu en 1900 et a présenté quelques incidents.

La malade nous raconte en effet qu'au terme de 5 mois, elle commence à vomir. Les vomissements prirent rapidement les caractères de vomissements graves, tous les aliments étaient rendus à peine absorbés ; puis survinrent des vomissements bilieux, porracés. Pendant trois mois, pas d'amélioration, malgré la prise de différents médicaments et l'application de glace sur la région épigastrique. L'état général devenant de plus en plus mauvais, et l'amaigrissement étant, au dire de la

malade, de 60 livres, l'accouchement prématuré fut provoqué à 8 mois et donna naissance à un enfant mort.

La grossesse actuelle est la sixième. Les dernières règles datent de la fin d'août. Jusqu'en décembre, rien à signaler ; mais, à ce moment, apparaissent des vomissements qui deviennent de plus en plus répétés, et d'amaigrissement qui augmente chaque jour. C'est dans un état assez sérieux qu'elle est transportée à la clinique, le 2 février.

Les yeux sont cernés, la langue est sèche, le pouls faible ; il n'y a pas de température. L'apathie est très prononcée, la malade répond à peine aux questions qu'on lui pose, elle cherche à éviter tout mouvement et a constamment les mains sur l'abdomen, dont elle cherche ainsi instinctivement l'immobilité.

Au palper, l'utérus a 4 travers de doigt environ au-dessus de la symphyse, la pression à ce niveau est un peu douloureuse. Le toucher combiné à la palpation fait reconnaître que l'utérus est assez résistant et très nettement dévié à droite. Le col est long, résistant, fermé. La lèvre antérieure proémine sous forme d'un bourrelet au niveau duquel le spéculum permet de reconnaître une très légère exulcération.

La malade, qui n'a pas été à la garde-robe depuis 15 jours, prend dans l'après-midi du jour de son entrée un lavement purgatif qui amène l'évacuation de 280 grammes de matières noires, moulées, sans diarrhée. Une pulvérisation d'éther est faite sur la région épigastrique. La malade prend et garde à peu près un litre de lait dans les premières vingt-quatre heures. Température à son entrée, 36°8 ; le soir, 37°4. Pouls : 104 à 120. Les urines de vingt-quatre heures sont de 270 grammes.

Le lendemain, 3 février, application d'une vessie de glace sur l'abdomen. Administration de lait glacé. La température oscille autour de 37°4, le pouls entre 102 et 114. Le soir, les vomissements apparaissent, verdâtres et glaireux. Un lavement glyciné est donné, résultat insignifiant.

Les 4 et 5 février, même état. Le 6 février, la malade ne vomit qu'une seule fois dans la matinée. A 2 heures de l'après-midi, on lui administre un lavement purgatif qui donne une

selle formée de 7 à 8 billes très dures et noires. A 3 heures, administration d'un grand lavement intestinal à l'eau bouillie, qui donne d'abord une première, puis une seconde et une troisième selle très abondante remplissant chaque fois un bassin bidet.

Le 7 février, l'état général n'est plus le même, et sans causer avec la malade, on voit à sa figure qu'il y a une grande amélioration. Les yeux sont moins cernés, moins excavés, les traits moins tirés, le facies moins abattu. La malade déclare qu'elle est beaucoup mieux et plus gaie. Une selle spontanée a lieu ce jour-là. La malade demande qu'on lui supprime la vessie de glace.

Le 8 février, l'amélioration continue, les vomissements ne reparaissent plus. L'état général s'améliore les jours suivants ; on la remet progressivement à l'alimentation ordinaire et au bout d'une quinzaine de jours, la malade est assez remontée pour quitter l'hôpital.

OBSERVATION XII

III) *Stercorémie pendant les suites de couches*

(Macé, *Société d'Obstétrique de France*, 1901)

La dernière observation que je tiens à vous signaler est celle d'une femme accouchée, âgée de 34 ans, ayant déjà eu 3 grossesses qui n'ont rien présenté de spécial. Cette malade est venue dans le service du Professeur Budin au troisième mois de sa grossesse demander conseil pour une albuminurie légère. Elle est rentrée chez elle, a continué son régime lacté absolu pendant toute sa grossesse et est rentrée à la clinique le 1^{er} mars. A son entrée, cette malade, qui n'avait plus d'albumine et qui déclarait spontanément aller à la garde-robe tous les jours, n'est soumise à aucun régime spécial. Elle est hospitalisée au dortoir des femmes valides.

Les 8 et 9 mars, la malade n'allant pas à la garde-robe demande un lavement qui donne chaque fois une selle copieuse,

Le 10 mars au matin, accouchement et délivrance normaux.
Le 10 au soir, température 38°6.

Le 11 au matin, température 38°6 ; administration d'une cuiller à bouche d'huile de ricin. A 10 heures du matin, le même jour, la purgation tardant à faire effet, un lavement est administré. Il amène une évacuation abondante qui remplit un bassin d'une capacité de 5 litres.

Le 11 au soir, 39°8. Le toucher pratiqué à 6 heures fait reconnaître que l'utérus est fermé, il est impossible de faire pénétrer l'extrémité de l'index dans l'orifice interne. Fort de cet examen qui nous rassure de l'état d'aseptie de la cavité utérine, on administre à la malade un cachet de 1 gramme de rhubarbe.

Dans la soirée, la malade a plusieurs évacuations extrêmement abondantes.

Le 12 au matin, 37°. Tr. : benzonaphtol, 1 gramme ; le 12 au soir, 38°. Irrigation intestinale qui ramène beaucoup de masses fragmentées.

Le 13, température normale matin et soir. Administration d'un verre d'eau de Sedlitz qui, avec de la rhubarbe prise la veille, provoque encore 3 selles très abondantes.

Depuis, les selles se font régulièrement, spontanément et la malade n'a plus présenté de température.

OBSERVATION XIII

Un cas d'occlusion intestinale pendant la gestation (7° mois environ). Laparotomie, anus cæcal, continuation de la gestation.

(Léon KLOTZ, CUNÉO et A. PINARD, *Annales de Gynécologie*, 1913, p. 372)*

M^{me} V..., âgée de 21 ans, bien portante, périodiquement bien réglée, se marie le 17 octobre 1909. N'ayant pas été menstruée en novembre, elle va consulter le docteur Lévy-Klotz au commencement de décembre. Le diagnostic de gestation au début

ayant été fait, l'examen des urines décèle la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Bien que se demandant si l'albuminurie est la conséquence d'une auto-intoxication gravidique précoce, ou d'une affection antérieure de l'appareil urinaire, le régime lacté absolu fut conseillé et suivi rigoureusement.

La quantité d'albumine restant stationnaire, le docteur Lévy-Klotz conduisit sa cliente, le 4 avril, chez le Professeur Pinard. Celui-ci, après examen de l'état local et de l'état général, conseilla de continuer l'usage du régime lacté absolu. Ce régime fut suivi, disons-le de suite, pendant toute la durée de la gestation, et cela pendant que l'albuminurie persista, mais en quantité considérable et stationnaire. A part cette albuminurie, l'évolution de la gestation fut tout à fait normale. L'état général reste très bon et la physionomie florissante jusqu'au 22 mai.

Dans la nuit du 22 au 23 mai, subitement, quelques instants après un rapprochement sexuel, M^{me} V... éprouva des douleurs assez vives dans le ventre, douleurs s'accompagnant d'envies d'uriner fréquentes et impérieuses.

Appelé, le docteur Lévy-Klotz se rend près de la malade villégiaturant à Montmorency, le 23 au matin. Déjà les mictions sont moins fréquentes et moins impérieuses, mais il existe encore des contractions utérines douloureuses.

L'examen démontre que la tête est profondément engagée et le col en voie d'effacement. Le repos absolu au lit et des lavements laudanisés sont ordonnés.

Le 24, le cortège symptomatique du début de travail est moins assuré. Les contractions utérines douloureuses sont moins fréquentes. Les modifications du col ne sont pas accentuées. La malade urine normalement et a eu une garde-robe spontanée.

Le 25, même état le matin, et tout semble faire croire que l'accouchement prématuré pourra être évité. Dans l'après-midi le docteur Lévy-Klotz est rappelé d'urgence, l'entourage croyant l'accouchement imminent. Mais l'examen démontre qu'il n'en est rien, et que les souffrances abdominales ne sont pas dues à des contractions utérines,

En effet, le tableau symptomatique est tout autre que le matin. Le facies est grippé, l'abdomen a pris en quelques heures un développement considérable. La percussion de la paroi abdominale fait entendre un son tympanique partout. La palpation, rendue très difficile par l'hyperesthésie de la paroi, ne permet pas de percevoir et de limiter le globe utérin, comme il était facile de le faire le matin. Etat nauséux, plaintes continuelles. La température, normale le matin, est à 38°5, le pouls varie autour de 100 pulsations.

Pensant au début d'une péritonite, le docteur Lévy-Klotz appelle de suite en consultation le Professeur Pinard. Celui-ci, en présence des symptômes décrits ci-dessus, après avoir constaté qu'il n'y a pas de modifications du col, mais que le segment inférieur est comme tassé dans l'excavation par une force s'exerçant de haut en bas sur l'utérus, après avoir assisté à des vomissements se montrant alors pour la première fois, vomissements porracés et non fécaloïdes, conclut nettement à la nécessité d'une intervention aussi prochaine que possible. Et cela, bien que le diagnostic fut oscillant entre une obstruction intestinale pure ou avec appendicite, la palpation semblant faire naître une douleur plus accentuée à droite, au niveau de la région appendiculaire.

Cette opinion fut agréée par la famille et M^{me} V... fut transportée dans une maison de santé où elle fut opérée le même jour, à 10 heures du soir, par le docteur Cunéo.

Note relative à l'opération rédigée par M. Cunéo

« Je fus appelé le 25 mai au soir pour examiner M^{me} V... qui, en état de gestation depuis sept mois et demi environ, présentait depuis quelques jours des signes d'occlusion intestinale (arrêt de matières et des gaz, vomissements porracés mais non fécaloïdes, ballonnement considérable du ventre). En raison d'une légère élévation de température et d'un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite, le diagnostic pouvait hésiter entre une occlusion intestinale d'origine mécanique ou une pseudo-occlusion par paralysie intestinale, symptomatique d'une péritonite d'origine appendiculaire.

« Etant donné l'aggravation progressive de l'état de la

malade, une intervention s'imposait. Elle fut commencée à 10 heures du soir. Je pratiquai une incision longue de 20 centimètres au niveau de la fosse iliaque droite. Il n'y avait pas de pus dans le péritoine. L'appendice fut trouvé sain. Le cœcum était extrêmement distendu. Il s'agissait bien d'une occlusion intestinale. Pour trouver la cause de l'occlusion, j'introduisis profondément la main dans l'abdomen afin de découvrir le siège et la nature de l'obstacle. Pour cela, j'allai d'abord à la recherche du rectum qui était aplati et vide ; remontant le long de celui-ci, je constatai qu'il existait une condure nette qui me parut siéger à l'union du côlon iliaque et du côlon pelvien et qui semblait se faire sur une bride très tendue, placée sur le flanc gauche de l'utérus gravis.

« Je ne pensai pas devoir prolonger davantage cette exploration, et je terminai l'opération en pratiquant un anus cœcal.

« Les suites opératoires ne furent pas d'abord très satisfaisantes, car l'intestin restait paralysé et l'anus artificiel ne fonctionnait pas. Puis, sous l'influence d'une application thermo-électrique, une débâcle se produisit par l'anus cœcal du deuxième au troisième jour, et tous les phénomènes d'occlusion disparurent rapidement.

« Le point intéressant de l'intervention, c'est que j'ai pu préciser que l'obstacle siégeait à l'union du côlon pelvien et du côlon iliaque. Bien que ces explorations d'un abdomen distendu ne fournissent pas toujours des sensations très nettes, on pouvait cependant assez facilement se rendre compte que, alors que le rectum et la partie attenante du côlon pelvien étaient vides, le côlon iliaque était au contraire dilaté. A ce niveau existait une bride, qui paraissait exercer une traction sur l'intestin et sur laquelle celui-ci semblait se couder. Bien entendu, au cours de l'intervention, je n'ai pas pu préciser le siège et les insertions de cette bride.

« Mais, ayant eu l'occasion d'examiner peu après plusieurs sujets pour me faire une opinion sur cette disposition, je suis arrivé à la conclusion suivante : Il s'agissait probablement d'une formation normale : le ligament infundibulocôlique, qui rattache le feuillet inférieur du pelvis à la face

postérieure du ligament large, au niveau de la pénétration du pédicule ovarien.

« Il me paraît vraisemblable que, sous l'influence de l'extension des annexes, déterminée par l'augmentation du volume de l'utérus, ce ligament se tend et constitue une arête, que doit forcément enjamber le côlon, non sans peine quelquefois, lorsqu'il y a fixation étendue du côlon iliaque au péritoine pariétal.

Jusqu'au 13 juin, on pratique une injection bi-quotidienne de morphine pour assurer le calme de l'utérus. »

Le 13 juin, pour la première fois, il y eut une défécation spontanée rectale. Quelques instants après, des contractions utérines apparurent et, après un travail normal, M^{me} V... expulsa un enfant vivant du poids de 2.230 grammes, maigre, mais normalement constitué.

La délivrance fut spontanée et l'expulsion du placenta fut suivie de l'issue d'un énorme caillot rétro-placentaire de date non récente de par la stratification fibrineuse qu'il présentait.

Les suites de couches furent physiologiques. L'enfant, allaité par sa mère, n'a cessé de se développer dans les meilleures conditions.

Quant à la mère, elle a été débarrassée deux mois après l'accouchement, de la petite fistule stercorale, reliquat de son anus cœcal, et présente à l'heure actuelle toutes les apparences de la santé, malgré la persistance de l'albumine dans les urines, mais en quantité indosable.

La pression artérielle est de 18 au Pachon, mais on ne constate aucun symptôme d'un mal de Bright.

OBSERVATION XIV

Occlusion intestinale par bride péritonéale. Laparotomie.

Viscération partielle. Guérison (VORON)

G. B., 34 ans, demeurant à Lyon, n'a jamais fait de maladies graves dans son enfance. Réglée à 15 ans, assez régulièrement. Mariée à 23, elle a eu 6 accouchements à terme,

3 enfants sont vivants et bien portants, les autres sont morts d'affections indéterminées. Pas d'antécédents tuberculeux.

Le 7 octobre 1897, avortement à 2 mois, à la suite duquel la malade a un peu de fièvre et quelques douleurs abdominales. Au bout de quelques jours, elle reprend ses occupations ; de temps à autre, après les efforts, les fatigues un peu prolongées, le ventre se météorise, devient douloureux. La constipation est habituelle.

Dans la nuit du jeudi au vendredi 28 décembre, et sans autres prodromes, la malade est réveillée par de violentes coliques avec vomissements alimentaires ; elle a eu en même temps une évacuation alvine abondante.

Le lendemain, cet état s'aggrave, les vomissements se rapprochent, les douleurs augmentent sans cependant se préciser en aucun point de l'abdomen ; enfin, les selles et les gaz sont complètement supprimés.

Le dimanche 2 janvier, la malade est amenée à l'hôpital. Les symptômes fonctionnels énoncés plus haut sont restés tels. Le ventre est un peu ballonné, presque plat, non douloureux à la pression, le facies pâle, les traits tirés, mais le pouls est assez bon et fort. Pas de dyspnée, pas de température.

M. Jaboulay fait le diagnostic d'occlusion intestinale siégeant sur l'intestin grêle et due probablement à une bride péritonéale consécutive elle-même à une pelvi-péritonite, et décide une intervention immédiate.

Une laparotomie est immédiatement pratiquée et une eviscération partielle des anses grêles, dilatées sur une longueur de 1 mètre environ. On découvre alors une bande fibreuse qui comprimait fortement l'intestin grêle au niveau du petit bassin ; un sillon profond avec érosion de la couche péritonéale marquait le point stricturé.

L'opération avait duré 6 à 7 minutes et l'intestin n'était pas resté en dehors plus d'une minute. Le soir même, les douleurs et les vomissements avaient cessé. Le lendemain, émission abondante de gaz et, 6 jours après, première selle.

OBSERVATION XV

Etranglement interne. Mort sans opération (GOTTSCHED)

Femme de 39 ans, IV pare.

L'accouchement antérieur avait nécessité une intervention obstétricale. La dernière menstruation avait eu lieu au commencement de juillet 1864, et depuis cette époque la constipation était opiniâtre.

Le 5 février, à la rentrée à la clinique, les forces sont abattues, les traits tirés et exprimant la souffrance.

Au-dessus de l'ombilic, on sent deux anses intestinales distendues transversalement, il n'y a pas de hernie.

Ce même jour la malade, sentant quelques douleurs de travail, on introduit une bougie pour accélérer la dilatation.

Vingt-quatre heures après la rentrée, rupture de la poche des eaux suivie immédiatement de la naissance d'un enfant vivant. Quelques heures après, l'amélioration se manifeste mais de courte durée. Le lendemain, les vomissements sont violents et deviennent fécaloïdes le 8 février ; le soir du même jour, expulsion par l'anus de deux bouchons volumineux de matières fécales. Cependant, les symptômes s'aggravent et la malade meurt le septième jour après les accidents.

Nous avons omis de dire que le jour de la rentrée, nous introduisîmes une sonde dans l'anus jusqu'au-dessus du promontoire et il nous semble qu'en ce point existait un rétrécissement.

Autopsie

Le grand épiploon était adhérent à droite à la face antérieure de l'utérus ; sur la ligne médiane, partant du fond de l'utérus, une bride fibreuse s'étendait jusqu'à la partie inférieure droite du grand épiploon ; cette bride formait un peu au-dessus du promontoire un anneau étroit dans lequel s'était insinuée une anse d'intestin grêle. D'autres détails de l'autopsie ne sont pas clairs : deux anses intestinales passaient par cet anneau qui avait été constitué par le mésentère très épaissi en un point et adhérent avec le fond de l'utérus.

OBSERVATION XVI

(LE MEYER, in *Monatschrift für Geb et Gyn.*, 1899)

M. H., primipare, 29 ans, 9^e mois de la grossesse, entre à l'hôpital de Copenhague le 4 septembre 1897.

Cinq semaines avant, vomissements bilieux et douleurs abdominales s'étendant de la symphyse pubienne à l'appendice xyphoïde. Ces symptômes furent de courte durée. Pourtant, il fut recommandé à la malade de garder le lit. Pendant les cinq semaines qui s'écoulèrent jusqu'à sa rentrée à l'hôpital, la malade eut une santé satisfaisante.

Le 4 septembre, réapparition des vomissements ; ceux-ci se répétaient le jour et la nuit, ils étaient verdâtres et déterminaient des contractions douloureuses de tous les muscles du tronc. Suppression des selles.

La constitution de la malade était robuste : les forces n'étaient pas affaiblies. Pouls, 76. Utérus d'une femme près du terme.

Injection de morphine (0,01). Le calme fut immédiat, les symptômes perdirent leur gravité. Un lavement d'huile de ricin ne provoque aucune évacuation.

Pendant toute la journée, même situation avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation : la malade peut dormir.

Le 5, amélioration évidente. La malade prit sans les vomir du lait, du thé et quelques aliments.

Le 6, à 11 heures du matin, accouchement spontané d'un enfant de 3.200 grammes. Diminution de la douleur. Quelques vomissements bilieux.

Le 7, 36 heures après la délivrance, redoublement des douleurs et des vomissements. En déprimant la paroi abdominale, on perçoit une tuméfaction profonde à limites peu précises. Pouls : 64, faible.

Le 8, dans l'après-midi, aggravation de l'état général, les douleurs arrachaient des cris à la malade, les vomissements ne laissaient pas dix minutes de répit.

La laparotomie fut décidée.

En ouvrant la cavité péritonéale, le cœcum gonflé s'avance vers la main de l'opérateur. Pas de trace de péritonite. En remontant le long du côlon ascendant, la main se trouvait arrêtée en avant par une masse qui fut prise pour le mésentère et qui formait devant le côlon une sorte de plastron. Malgré le prolongement de l'incision vers l'appendice xyphoïde, ce fut impossible de s'orienter et de trouver la cause de l'étranglement. On pratiqua un anus contre nature.

Autopsie

Le lendemain, l'examen du cadavre montra que le mésentère était atteint de malformation ; en suivant le mésentère, on constata que plus bas et à une courte distance, il se séparait de la colonne vertébrale de telle sorte qu'il formait au-dessus de cette dernière un arc complet dans lequel était enserré le sôlon transverse. Dans les autres points, le mésentère ne présentait aucune particularité.

Pas de péritonite. Pas de dégénérescence d'organe.

OBSERVATION XVII

Etranglement interne. Intervention. Mort (PINARD)

J'ai vu après une symphyséomomie pour spondilolithèse survenir le quatrième jour des accidents d'obstruction intestinale. Un de nos collègues, sur notre demande, voulut bien pratiquer la laparotomie. L'intestin est trouvé partout ballonné, un peu rouge ; il s'écoule, à l'ouverture du péritoine, un peu de sérosité louche. Le chirurgien conclut non à l'obstruction mécanique, mais à la péritonite, et referme le ventre. La femme meurt.

A l'autopsie, nous trouvons à la partie inférieure de l'S iliaque, dans le bassin, une bride insignifiante qu'une légère traction aurait brisée, faisant disparaître en même temps l'occlusion par coudure qu'elle produisait, ce qui avait entraîné la mort. Il faut donc, en cas d'intervention, quelles que soient les apparences, aller jusqu'au bout.

OBSERVATION XVIII

*Compression complète du rectum par l'utérus myomateux
et gravide après laparotomie (KEBRER)*

Femme ostéomalacique depuis le début de sa 3^e grossesse. Provocation d'avortement pour les couches suivantes. 7^e grossesse à terme. Rupture de la vessie pendant les premières contractions. On pratique l'opération césarienne et on extrait un enfant qui vit quelques instants.

Pendant les jours suivants, la malade vomit, le ventre se météorise, le poulx monte à 130. Le troisième jour, elle tombe dans le collapsus et meurt.

A l'autopsie, on trouve l'abdomen fortement gonflé. Les intestins et le péritoine sont rougeâtres. La cavité péritonéale contient un demi-litre de liquide sanguinolent. L'intestin grêle et le gros intestin sont très gonflés. Le cœcum au contraire, vide et contracté, est comprimé par l'utérus qui a le volume d'une tête d'enfant.

OBSERVATION XIX

*Kyste ovarique à pédicule tordu : occlusion intestinale
(MORESTIN)*

Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, enceinte de quatre mois, opérée à la maison Dubois par M. MORESTIN. Cette femme fut prise tout à coup de très violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec fièvre, balonnement léger du ventre et congestion absolue. On pensa à une appendicite, hypothèse confirmée par la présence d'un empâtement dans la fosse iliaque droite et d'une douleur exquise au point de Mac Burney.

M. MORESTIN fit une incision dans la fosse iliaque droite, parallèle à l'arcade fémorale et tomba sur un petit kyste de l'ovaire droit dont le pédicule tordu entraînait la trompe dans

sa torsion qui affectait le sens des aiguilles d'une montre. Le cœcum était aplati, ressemblant à une loque et l'iléon était comprimé entre le psoas iliaque et la paroi du bassin par le kyste. Il y avait un hématome dans la paroi du kyste et un autre dans le péritoine. La trompe était remplie de sang, et le sang avait fusé dans le péritoine par l'ostium tubaire.

Evacuation du kyste avec l'appareil de MORESTIN ; le liquide qu'il contenait ressemblait à du malaga. Première selle, le jour même de l'opération ; fausse couche, le deuxième jour.

Le placenta contenait des foyers hémorragiques contemporains de la torsion du kyste et le fœtus était mort et macéré. La température étant de 39°5, on pensa que la cause était d'origine utérine.

Injection intra-utérine d'eau oxygénée, drainage utérin. La fièvre persistant, on s'aperçut qu'elle était due à une parotidite double, prédominant à gauche, accompagnée d'un écoulement muco-purulent par le canal de Sténon et qui se termina par la résolution. Réunion de la plaie abdominale par première ortention. Guérison complète de la malade.

OBSERVATION XX (*résumée*)

PORAK (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique,
de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, 1902.)

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui a déjà présenté des accidents péritonéaux de nature mal déterminée. Dans les antécédents, un accouchement normal.

En août 1899, cette femme est au terme de sa deuxième grossesse quand au début du travail se dessine un tableau qui fait penser à l'éclampsie ; il y a une albuminurie intense.

Vingt-quatre heures après le début des douleurs la malade accouche d'un garçon vivant pesant 3.600 gr. A la partie supérieure de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, par la percussion et la palpation on délimite une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus.

Le surlendemain, le tableau devient celui de l'occlusion intestinale : ventre ballonné, état grave, pouls rapide.

M. MORESTIN pratique la laparotomie qui montre une malformation : une anse distendue de l'intestin grêle, tordue en un point où elle constitue un pédicule, s'engage à travers un orifice du mésentère. Péritonite au début.

La guérison suivit l'intervention.

OBSERVATION XXI (résumée)

M. SAUVAGE (*Annales de Gyn et Obstétrique* 1913).

A la suite d'une opération de Porro, consécutive à une césarienne, se déroulent les faits suivants :

1^{er} août. — Température 37°2, 38°9. Pouls 130. Il y a de fortes douleurs lombaires.

2 août. — Température 37°-38°. Pouls 128, faible, arythmique. L'état général est grave : troits tirés, langue saburrale, douleurs abdominales généralisées. Le ventre est ballonné et douloureux surtout dans la région hypogastrique. Vomissements abondants et muqueux à trois reprises. Emission de quelques gaz seulement. Le lavage d'estomac ne ramène rien. Ni purgation, ni lavements ne font varier la situation.

8 août. — La situation ne s'améliore pas. Douleurs, vomissements, constipation. Le soir hoquet, demi-conscience, pouls incomptable.

« 4 août. — A deux heures du matin, sur nos instances, « notre collègue et ami ROBINEAU pratique l'entérostomie ; « établissement d'une fistule cœcale ; l'ouverture de l'intestin « ne donne issue qu'à une quantité modérée de gaz et de « matières liquides.

« Suites de l'entérostomie : amélioration marquée de la « malade au bout de 8 heures. Evacuation progressive mais « modérée du contenu intestinal en partie et déjà au bout « des vingt-quatre premières heures par les voies naturelles. « Rétablissement de la fonction urinaire : 1100 grammes

« d'urine, le 6 août ; 1600 gr. le 7 août. Température élevée
« à 39° et 39°5 le 13 et le 22 août, par suite de l'accumula-
« tion de matières fécales dures dans le rectum. Premier lever
« le 27 août. Cure de la fistule cœcale d'ailleurs rétrécie spon-
« tanément et ne fonctionnant plus que par intermittences le
« 6 décembre.

« Actuellement, malade en parfait-état de santé et à fonc-
« tions digestives normales. »

OBSERVATION XXII

*Fibromatation généralisée de l'utérus avec grossesse de cinq
mois. Mort par compression intestinale. (TURNER)*

Richt... âgée de 40 ans, est entrée le 13 mars 1899 à la maternité de l'hôpital Boucicaut. Elle est mariée depuis 17 ans et n'a jamais eu d'enfants. Sa santé habituelle est bonne. Réglée à 12 ans, les menstrues étaient profuses et de longue durée : huit à dix-huit jours environ. En 1895, on trouve une masse utérine fibromateuse du volume d'une noix de coco. En 1898, les règles, jusque là régulières, furent supprimées pendant deux mois, mais réapparaissent abondantes, mais colorées, plus aqueuses.

La dernière menstruation date du mois d'octobre 1898 ; il y a quatre mois que Mme Richt... n'a pas vu ses règles. Puis peu à peu des symptômes de grossesse se manifestent sous forme de troubles divers : appétit capricieux, nausées et vomissements sans efforts, le matin de préférence, une sialorrhée abondante.

Le ventre se développe rapidement sans devenir douloureux ; ayant doublé de volume au 13 mars, à l'examen on constate que le ventre est développé comme une grossesse à terme. Par les signes physiques, on constate une masse pélvienne fibromateuse développée sur la paroi postérieure de l'isthme utérin, qui a envahi entièrement le bassin et repoussé en haut le segment vaginal de l'utérus.

Quant à l'utérus lui-même, impossible d'en prendre con-

naissance, ni par le toucher, ni par le palper noyé, qu'il est au centre de masses fibromateuses qui émergent de ses parois et poussent leurs saillies volumineuses de tous côtés.

Le faciès est jaune, amaigri ; l'état général déprimé. Pendant une quinzaine de jours on a tenté de réconforter la malade et, loin de s'améliorer l'état s'est empiré : dyspnée, œdème, albuminurie, augmentation rapide du volume du ventre.

Passée dans le service de M. Gérard MARCHAND, les 3 et 4 avril, elle est prise d'une perte de sang assez abondante, et dans la nuit du 5 au 6 elle expulse un fœtus de quatre à cinq mois, aplati, laminé ; le cordon se rompt spontanément.

L'interne du service de chirurgie, M. QUERY, fait demander M. TURNER qui trouve l'orifice cervical situé très haut, immédiatement en arrière du bord supérieur de la symphyse, entr'ouvert et conduisant dans un long canal, tortueux sans possibilité aucune d'atteindre le placenta ; on tenta d'extraire le placenta, mais en vain, on fait alors une large irrigation intra-utérine et un tamponnement à la gaze iodoformée.

La malade est très oppressée depuis son avortement.

Le 10 avril, la dyspnée augmente notablement ainsi que l'albuminurie ; le 11 les phénomènes d'obstruction intestinale apparaissent. Vomissements, pouls à 120, température normale. On fait des lavages d'estomac, car on ne peut songer à une opération.

La malade succombe le lendemain ; la température n'a jamais dépassé 37°2, il n'y a jamais eu de fétidité de l'écoulement lochial.

Autopsie le 13 avril. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une faible quantité de liquide ascitique citrin.

Le colon transverse et la masse de l'intestin grêle sont refoulés en haut vers le foie et le diaphragme, par une tumeur très irrégulière, mamelonnée, emplissant l'abdomen et pénétrant dans la cavité pelvienne. A gauche on trouve vers la ligne innommée, l'S iliaque fortement comprimée entre la paroi osseuse du bassin et la tumeur à laquelle elle adhère lâchement ; en arrière le néoplasme se détache assez facilement de la concavité du sacrum sur lequel il se trouve moulé

et rattaché par quelques adhérences peu résistantes. La tumeur pèse 0.500 gr. L'examen histologique a montré du fibrome pur et du myome pur.

OBSERVATION XXIII (résumée)

Torsion d'un utérus gravide de quatre mois. Volvulus de l'S iliaque. Mort. Autopsie. (GOTTSCHALK.)

Femme de 39 ans; à la suite d'une grossesse l'utérus subit un mouvement de torsion du côté gauche. Subitement, après une constipation de six jours, la malade se trouve beaucoup plus mal et elle ressent de fortes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche. Une forte purgation ne produit qu'une selle insignifiante.

Etat général très grave. Météorisme formidable. « Sur le ventre distendu, deux sillons, l'un sus-ombilical, allant de droite à gauche et de haut en bas, l'autre sous-ombilical de gauche à droite et de haut en bas, sillons qui généralement sont le signe d'occlusion intestinale et flatulence : sûrement l'occlusion intestinale était complète. Y avait-il conjointement péritonite ? Ce point restait fort indécis. »

La coélotomie fut pratiquée. Mais malgré l'intervention, la malade mourut. Il s'agissait d'un volvulus de l'S iliaque.

BIBLIOGRAPHIE

- BUDIN. — Utérus et intestin (femmes en couches et nouveau-nés).
- CONSTANTIN (Daniel). — Occlusion et puerpéralité. *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1902.
- CAPEVON. — *Traité des maladies des femmes*.
- CORNER. — *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1888, p. 279.
- DEMELIN. — Intestin et utérus. *L'Obstétrique*, 1907.
- DUBRISSAY et JANINN. — Accouchement.
- FFEDET. — Embryologie in Anatomie descriptive de Poirier.
- GOTTSCHED. — Über ileus bei Schwangeren. In *Königsberg medicinische*.
- GOTTSCHALK. — Traduction Labusquière. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895.
- HERHOTT. — *Annales de la Société obstétricale de France*. 1899.
- KEBRER. — Obstruction intestinale par enclavement de l'utérus gravide. *Centralb. für Gynak*, 1894, p. 321.
- LÉUY, KLOTZ, CUNES et PINARD. — *Annales de Gynécologie*, 1913, p. 372.
- MACÉ. — Stercorémie et grossesse.
- MEYER. — Ueber darmverschliessung während der Schwangerschaft und geburt. *Monatschrift für Geburtshilfe und Gynecologie*, 1899, t. IX, p. 160.
- MORESTIN. — Kyste ovarique à pédicule tordu. Occlusion intestinale. *Soc. anatomique*, 3 oct. 1902.
- NOBLE. — Operations during Pregnancy. *Annals Gynec. et Pediatrics*, p. 577, 1899.
- PINARD. — Compte rendu de la Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie, 1902.
- POVAKET-KOTZ. — Péritonite généralisée chez une femme enceinte de 8 mois 1/2. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, Mons, 1902.
- RIBEMONT-DESAIGNE. — Précis d'accouchement.
- RUDAUX. — Constipation et puerpéralité. *La clinique*, 22 oct. 1909.

SAUVAGE. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique.*

TÉMOIN et SCHWARTZ. — Occlusion intestinale chez une femme enceinte.
Laparatomie. Avortement. Guérison.

TOJA. — Thèse Lyon, 1895.

TUNER. — Thèse Paris.

VERGET. — Thèse Paris 1901.

VORON. — Occlusion intestinale guérie par laparatomie avec éviscération partielle. *Société des sciences médicales de Lyon*, 1898.

ERRATUM

Page 18, ligne 16 : au lieu de « le plan osseux du sacrum », lire « le plan osseux du sacrum ».

Page 21, ligne 20 : au lieu de « tuberculose bacillaire : on ne redoute », lire « tuberculose : on ne redoute ».

Page 23, ligne 6 du paragraphe VI : au lieu de « la mésentère », lire « le mésentère ».

Page 34, ligne 16 : au lieu de « les douleurs peuvent disparaître », lire « les douleurs peuvent apparaître ».

Page 35, ligne 25 : au lieu de « Pour un cas signalé », lire « Dans un cas signalé ».

Page 35, ligne 32 : au lieu de « Le stase », lire « La stase ».

Page 40, ligne 2 : au lieu de « toucher rectal », lire « toucher vaginal ».

Page 36, ligne 1 du paragraphe II : au lieu de « Là, la cause de l'occlusion est tellement différente », lire « Ici, la cause de l'occlusion est nettement différente ».

Page 63, ligne 32 : au lieu de « la maladie ne serait pas localisée », lire « la matité ne serait pas localisée ».

Page 68, ligne 5 : au lieu de « à ce moment apparaissant », lire « à ce moment, apparition ».

Page 68, ligne 15 : au lieu de « au palper, l'utérus à 4 travers de doigt », lire « au palper, l'utérus est à 4 travers de doigt ».

Page 78, ligne 16 : au lieu de « Selon transverse », lire « Côlon transverse ».

Page 79, ligne 5 de l'observation XIX : au lieu de « et congestion absolue », lire « constipation absolue ».

Page 81, ligne 12 de l'observation XXI : au lieu de « 3 août », lire « 8 août ».

Page 83, ligne 1 : au lieu de « par le palper noyé », lire « par le palper, noyé ».

Page 83, ligne 19 : au lieu de « la malade est très oppressée », lire « la malade est très affaissée ».

Page 84, ligne 12 de l'observation XXIII : au lieu de « Y avait-il conjointement », lire « Y avait-il conjointement ».

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Considérations anatomiques sur l'utérus graveide	9
CHAPITRE II. — De la pathogénie de l'occlusion intestinale chez la femme enceinte	15
a) Causes qui relèvent du fonctionnement du tube digestif.	16
b) Dispositions mécaniques qui peuvent provoquer l'occlusion.	17
CHAPITRE III. — Symptomatologie	33
CHAPITRE IV. — Diagnostic	39
CHAPITRE V. — Pronostic	45
CHAPITRE VI. — Traitement	47
CONCLUSIONS	53
OBSERVATIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	85

